



Holy Cross Parish
Religious Education Program
 505 26th Street West Palmetto, FL 34221
 Phone: 941-729-3891 Fax: 941-721-9402

Office use only:

If the child is a returning student, please pull the child's file.
<input type="checkbox"/> Copy of Birth Certificate
<input type="checkbox"/> Copy of Baptism Certificate
<input type="checkbox"/> Copy of 1st Com. Certificate
<u>Registration Fee</u>
_____ \$ 40/child
Date: _____

Office use only:

TUESDAY		THURSDAY	
2 nd -3 rd Gr.		2 nd -3 rd Gr.	
4-5 TH		4-5 TH	
3-5 TH FC		3-5 TH FC	
6-8 th		6-8 th	
6-8 TH FC		6-8 TH FC	
9-11 th GR.		9-11 th GR.	
CONFIR.		CONFIR.	

Registration 2024-2025

PLEASE PRINT

Is this your child's FIRST year of Religious Education Classes? Yes ___ No ___

Did your child attend Religious Education at Holy Cross last year? Yes ___ No ___

Email Address ***required*** _____

Full Name: _____

Date of Birth: _____ Age _____ Male _____ Female _____

Place of Birth: _____

Address: _____

Home Phone # _____ Cell#: _____

Emergency contact name: _____

Emergency Phone number: _____

Grade in school _____

SACRAMENTAL HISTORY <small>CIRCLE ONE</small>	<i>CHURCH/CITY-STATE</i>	<i>DATE</i>
<i>BAPTIZED</i> YES NO		
<i>FIRST COMMUNION</i> YES NO		
<i>CONFIRMATION</i> YES NO		

Does your child have, allergies, Disabilities or Special Needs?

Mother's Name	Maiden Name	Date of Birth	Telephone Number
Father's Name	Last Name	Date of Birth	Telephone Number

OTHER SIBLINGS ATTENDING CLASSES:

Mode of transport after class
SELF DRIVER _____
CAR PICKUP _____

CONSENT, RELEASE OF LIABILITY FORM

* In case of illness or injury of the above student, reasonable effort will be made to contact the parent(s)/legal guardian(s)/emergency contact. In case of a medical emergency, 911 will be called. In the event that the parents/ legal guardian(s)/emergency contact cannot be notified or are not available, I (we) authorize Holy Cross parish, school, or other pertinent diocesan officials to consent to any hospital care, as determined to be necessary and appropriate by a licensed physician in the State of Florida. This authorization is valid for a period of 1 year from the date of execution. _____
(Initials)

***Medical Information: Please List all pertinent medical information (for example, allergies, medications, physical impairments, or any other information necessary in an emergency). Explain fully:**

*I give permission for my child, _____ to be photographed during church activities for publication in print and on church website. I understand that my child’s name will not be used to identify my child. This permission form will be kept in file in the church office. If I would like to withdraw permission, I may do so at any time.

(Initials)

**PARENT/GUARDIAN CONSENT TO RELEASE MINOR TO THIRD PARTY
AND RELEASE OF LIABILITY/AGREEMENT TO INDEMNIFY**

Diocesan Entity: Holy Cross Religious Education

Date of Event 2024-2025

I, the undersigned parent/guardian of the minor, _____, hereby give permission for my minor to be released to the following adult: _____
(upon the provision of picture identification) on the following date _____ at such time or under such circumstances as are identified herein: _____

_____ I understand that the parish/school may or may not know this third party and makes no representation regarding the individual’s character, criminal history, driving record, insurance, or fitness to supervise children.

Upon the release of my minor to the above identified third party, the parish/school has no further responsibility for my minor’s care or well being whatsoever.

I hereby release school/parish/program, the Bishop, individually and as a corporation sole, and all agents, employees and volunteers of said parish/school/program (hereinafter collectively known as “church”) from any and all liability, including that arising from the negligence of the Church that may arise from acting in accord with the terms of this Consent. I hereby agree to hold harmless and indemnify Church from any claim that may be made against it arising from this Consent.

Parent/Guardian of Minor

Third-Party Adult

Date Signed

Date Signed



Holy Cross Parish
Religious Education Program

505 26th Street West Palmetto, FL 34221
Phone: 941-729-3891 Fax: 941-721-9402

Office use only:

If the child is a returning student, please pull the child's file.
<input type="checkbox"/> Copy of Birth Certificate
<input type="checkbox"/> Copy of Baptism Certificate
<input type="checkbox"/> Copy of 1st Com. Certificate
Registration Fee _____ \$ 40/child
Date: _____

Office use only:

TUESDAY		THURSDAY	
2 nd -3 rd Gr.		2 nd -3 rd Gr.	
4, 5 th		4, 5 th	
3-5 th FC		3-5 th FC	
6-8 th		6-8 th	
6-8 th FC		6-8 th FC	
9-11 th GR.		9-11 th GR.	
CONFIR.		CONFIR.	

Registración 2024-2025

(LETRA DE IMPRENTA POR FAVOR)

¿Es el primer año de catequesis para su niño/a? Si ___ No ___

¿Asisto a clases en Holy Cross el año pasado? Si ___ No ___

Correo Electrónico ***Requerido***: _____

Nombre Completo: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Edad _____ hombre _____ mujer _____

Lugar de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Nombre del Contacto de emergencia: _____

Número de la Persona para contactar en caso de emergencia: _____

Grado en la escuela: _____

HISTORIAL SACRAMENTAL <small>CIRCULE UNO</small>	IGLESIA/ CIUDAD-ESTADO	FECHA
BAUTIZADO SI NO		
PRIMERA COMUNION SI NO		
CONFIRMACION SI NO		

¿Algún tipo de Alergia, Discapacidad o Necesidades Especiales?:

Nombre de Madre	Apellido de soltera	Fecha de Nacimiento	Numero de Telefono
Nombre de Padre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Numero de Telefono

OTROS HERMANOS QUE ASISTIRAN CLASES:

<p>Modo de transporte después de clase:</p> <p>MANEJA SOLO _____</p> <p>RECOGER EN AUTO _____</p>

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO, DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

* En caso de que el estudiante arriba mencionado se enferme o se lastime, se hará un esfuerzo razonable por comunicarse con los padres o tutor legal. En caso de una emergencia, se llamara al 911. En el caso de que el alumno antes mencionado sufra una enfermedad o lesiones, se harán todos los esfuerzos razonables para comunicarse con uno o ambos padres, con el o los tutores del menor o con el contacto de emergencia. En caso de emergencia médica, cuando no se pueda notificar a las personas mencionadas o las mismas no estén disponibles, autorizo (autorizamos) a la parroquia de Holy Cross, u otros funcionarios diocesanos a prestar su consentimiento para que reciba atención hospitalaria, según lo considere necesario y apropiado un médico autorizado para ejercer en el Estado de la Florida. Esta autorización tiene una validez de un año a partir de la fecha de su firma. _____

(Iniciales)

***Información Médica: Indique toda la información sobre alergias, necesidades de dieta específicas, medicamentos especiales, impedimentos físicos, tipo sanguíneo, afecciones o cualquier otra información necesaria en caso de emergencia. Explique detalladamente.**

Yo autorizo que mi hijo/a _____ sea fotografiado durante actividades de la parroquia para cualquier material impreso y la página de internet de la parroquia. Yo entiendo que el nombre de mi hijo/a no se usara para identificar a mi hijo/a. Este documento de autorización se mantendrá archivado en la oficina de la iglesia. Si yo quisiera cancelar este permiso puedo hacerlo en cualquier momento. _____ (Iniciales)

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/ TUTOR PARA DEJAR A UN MENOR AL CUIDADO DE UN TERCERO Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Entidad diocesana: HOLY CROSS RELIGIOUS EDUCATION Fecha del evento 2024-2025

El suscrito, padre, madre, tutor del menor, _____, otorga su autorización para que el menor de quien es padre, madre o tutor quede al cuidado del siguiente

adulto: _____ (mediante presentación de un documento de identificación con foto) el _____ en la hora o en las circunstancias que se indican debajo:

_____ Comprende que la parroquia/ escuela puede conocer o no a este tercero y que la misma no realiza declaraciones respecto del carácter, los antecedentes penales, los antecedentes de manejo, el seguro o la idoneidad de la persona para la supervisión de menores.

Al dejar al menor de quien es padre, madre o tutor al cuidado del tercero antes identificado, la parroquia/ escuela no asume otra responsabilidad por el cuidado, el bienestar o cualquier otro aspecto del menor.

Por la presente, libera de responsabilidad a la escuela/ parroquia/ programa, al Obispo, en forma individual o como sociedad unipersonal, y a todos los agentes, empleados y voluntarios de dicha parroquia/ escuela/ programa (en adelante y en conjunto, la "Iglesia") frente a cualquier responsabilidad civil, incluso la que surja de la negligencia de la Iglesia como consecuencia de su actuación conforme a esta autorización. Asimismo, acuerda eximir de responsabilidad a la Iglesia por cualquier reclamo o demanda que pueda entablarse como consecuencia de la presente autorización.

Padre, madre o tutor del menor

Adulto en calidad de tercero

Fecha de Firma

Fecha de Firma