

Iglesia Católica de St. James 2020-21 *Formulario de registro de preparación de confirmación*

Este paquete sirve como registro para la Preparación de Confirmación y el Programa de Ministerio Juvenil

Teléfono (843) 347-5168, ext. 235 Correo electrónico tmonahan@stjamesconway.org

HONORARIOS: \$ 35 por estudiante (asistencia financiera disponible). Se pueden aplicar tarifas adicionales durante todo el año.

IMPRIMA CLARAMENTE LA FALTA DE INFORMACIÓN O EL PAGO RETARDARÁ EL REGISTRO

El nombre del estudiante: _____

Masculino o Femenino: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Tamaño de la Camisa (Tamaño Adulto): _____

Grado en la escuela (2020-2021): _____ Asistencia a la escuela: _____

Alergias, afecciones médicas o limitaciones: _____

¿Este estudiante asistió a clases de educación religiosa / formación de fe durante el año escolar 2019-2020?

Sí o No (circule uno) En caso afirmativo, ¿dónde? _____

¿Ha recibido este niño alguno de los siguientes sacramentos? (Por favor marque todos los que apliquen):

Bautismo _____ Reconciliación _____ Primera comunión _____ Confirmación _____

Si aún no lo ha hecho, entregue una copia del certificado de nacimiento del estudiante, el certificado de bautismo y el certificado de la Primera Comunión a la oficina del Ministerio de la Juventud.

Nombre de la madre: _____ Nombre del padre: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____ Correo electrónico: _____

El estudiante vive con (circule uno): Madre Padre Ambos Otros _____

¿Están registrados como feligreses en la Iglesia Católica St. James? Sí o NO (circule uno)

¿Nos da permiso para agregar su número de teléfono celular y dirección de correo electrónico a Flocknote para que podamos mantenernos en contacto con usted por mensaje de texto y correo electrónico? Sí o NO (circule uno)

Dirección completa del estudiante: _____

Doy permiso para que mi hijo sea fotografiado y entiendo que las fotografías pueden usarse para publicidad, etc.

Sí o No (circule uno)

¿Quién tiene permiso para recoger a su (s) hijo (s) y puede ser llamado en caso de emergencia si no puede ser localizado?

Nombre y número de teléfono _____

Nombre y número de teléfono _____

Entiendo mi papel como padre de un estudiante que se prepara para recibir el Sacramento de la Confirmación.

Firma del padre _____ Fecha _____

DIÓCESIS DE CHARLESTON
COVID 19: ACUERDO DE ASUNCIÓN DE RIESGOS, EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD E INDEMNIZACIÓN

NOMBRE DE ADULTO PARTICIPANTE/NOMBRE DE PADRE O MADRE

_____ (Por favor, escriba en letra de molde)

NOMBRE(S) DE MENOR(ES) PARTICIPANTE(S)

_____ (Por favor, escriba en letra de molde)

EN CONSIDERACIÓN de que el participante arriba mencionado y/o mis hijos listados arriba pueden utilizar las instalaciones, equipo, servicios y/o programas (colectivamente referidos como “instalaciones”) de la Diócesis Católica de Charleston y/o una parroquia o escuela de dicha Diócesis y sus respectivos directores, oficiales, empleados, voluntarios y agentes (colectivamente referidos como la “Diócesis”), el participante arriba mencionado reconoce y está de acuerdo — para sí mismo y para el/los menor(es) participante(s) listado(s) arriba (cada uno un “menor participante”)— con los términos de este acuerdo.

El abajo firmante reconoce que se han confirmado nuevas infecciones por coronavirus (“COVID-19”) en todo el territorio de los Estados Unidos, incluidos casos en Carolina del Sur. De acuerdo con las directrices y protocolos más recientes emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y el Departamento de Salud y Control Ambiental de Carolina del Sur (DHEC) para retardar la transmisión del COVID-19, el abajo firmante por la presente acuerda, representa y garantiza que ni el abajo firmante ni el menor participante visitarán o utilizarán las Instalaciones de la Diócesis dentro de los 14 días siguientes: (i) está experimentando síntomas de COVID-19, incluyendo, pero no limitado a, fiebre, tos o falta de aliento; (ii) tiene con un caso sospechoso o diagnosticado/confirmado de COVID-19; o (iii) ha estado cerca de una persona con un caso diagnosticado/confirmado de COVID-19.

La Diócesis ha tomado ciertas medidas para aplicar las directrices y protocolos recomendados por los organismos de salud pública para frenar la transmisión de COVID-19, incluidas, entre otras, las restricciones de acceso/uso establecidas anteriormente. El abajo firmante reconoce y acepta que, debido a la naturaleza de las instalaciones ofrecidas por la Diócesis, un distanciamiento social de 6 pies por persona o ciertas otras medidas pueden no ser posibles en todo momento. El abajo firmante comprende y aprecia plenamente tanto los peligros conocidos como los potenciales que se siguen de la utilización de las instalaciones de la Diócesis y reconoce que el uso de las mismas por parte del abajo firmante y/o del menor participante puede, a pesar de los esfuerzos razonables de la Diócesis para mitigar dichos peligros, resultar en la exposición al COVID-19, lo que podría dar lugar a requisitos de cuarentena, enfermedades graves, discapacidad y/o muerte.

EN CONSIDERACIÓN ADICIONAL A QUE SE LE PERMITA USAR LAS INSTALACIONES DE LA DIÓCESIS, EL ABAJO FIRMANTE, EN SU NOMBRE Y EN EL DEL MENOR PARTICIPANTE, POR LA PRESENTE RENUNCIA, LIBERA, EXIME DE RESPONSABILIDAD Y SE COMPROMETE A NO DEMANDAR A LA DIÓCESIS,

a sus directores, responsables, empleados, voluntarios y agentes de toda responsabilidad hacia el abajo firmante o el menor participante y los representantes personales y herederos y cesionarios del abajo firmante o el menor participante por cualquier pérdida o daño, y cualquier reclamación o demanda a causa de cualquier lesión, enfermedad o fallecimiento del abajo firmante o del menor participante (o de cualquier persona que pueda contraer el COVID-19, directa o indirectamente, del abajo firmante o del menor participante), ya sea causada por la negligencia, activa o pasiva, de la Diócesis o de otra manera mientras el abajo firmante o el menor participante están utilizando las instalaciones.

Además, EL ABAJO FIRMANTE acepta expresamente que el anterior ACUERDO DE ASUNCIÓN DE RIESGOS, LIBERACIÓN Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD, SOSTENIMIENTO DE DAÑOS E INDEMNIZACIÓN tiene por objeto ser tan amplio e inclusivo como lo permitan las leyes del Estado de Carolina del Sur y que si alguna parte del mismo se considera inválida, se acuerda que el resto continuará en plena vigencia legal.

Firmando en nombre de los abajo firmantes y de cualquier menor participante que figure al principio del presente Acuerdo

Fecha: _____

Firma

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

CONSENTIMIENTO MEDICO Y PERMISO PARA SER ATENDIDO

Divulgación de Información

Con el mejor conocimiento que tengo, mi hijo(a), _____, está bien de salud y asumo todas las responsabilidades por la salud de mi hijo(a). En caso de una emergencia, doy permiso para que lo transporten a un hospital para ser tratado de emergencia. Yo espero seme avise antes de que se le realicen futuros tratamientos en el hospital o en la oficina del doctor. Deseo se me informe antes de cualquier tratamiento adicional por parte de los profesionales médicos; pero no quiero que se le retenga el tratamiento si no se puede contactar a un contacto de emergencia que menciono a continuación o a mi persona y la lesión es potencialmente mortal o la falta de tratamiento resulte en una lesión permanente.

Yo por este medio autorizo para que el personal médico dé información al director de la diócesis y/o al ministro de jóvenes de mi parroquia en el caso de que mi joven tenga algún dolor o lesión.

Firma del Padre/ Tutor: _____ *Fecha:* _____

Información del seguro

Compañía de seguros: _____ Número de Póliza: _____

Contacto de Emergencia

Nombre del Padre o Tutor: _____

Dirección complete: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Si no es posible localizarme, favor de llamar a:

Nombre: _____

Relación conmigo o mi hijo(a): _____

Historial Médico

Mi hijo(a) está bajo el cuidado de un proveedor médico: _____ Si _____ No.

Nombre del proveedor: _____ Número telefónico: _____

Por favor explique: _____

Mi hijo(a) está tomando medicamentos y traerá todos los medicamentos con él/ella y estarán claramente marcados. Mi hija(o) está tomando los siguientes medicamentos y las instrucciones para tomar estos medicamentos incluyendo dosis, frecuencia y forma de guardarlos es como sigue:

Yo aquí doy permiso para que medicamentos no prescritos (como gotas para la tos, jarabe para tos, tylenol, etc.) le sean dados a mi hijo(a) si es necesario: _____ Si _____ No.

Mi hijo(a) es alérgico a lo siguiente: _____ Mi

hijo(a) está hasta hoy al corriente de sus vacunas: _____ Si _____ No

Mi hijo(a) tiene las siguientes limitaciones: _____

Mi hijo(a) extraña su casa, tiene reacciones emocionales a nuevas situaciones, sonámbulo, desmayos, problema de orinar durante el sueño, etc. _____ Si _____ No.

Por favor explique: _____

Firma del Padre/ Tutor: _____ *Fecha:* _____

PARA: Padres de familia

DE: Iglesia Catolica de St. James

ASUNTO: Aviso de programa de educación preventiva/ Formulario de exclusion de participación

Fecha: 7/27/2020

Iglesia Catolica de St. James presentará un programa de prevención de abuso sexual llamado, Teaching Touching Safety (Seguridad en el Contacto), a nuestros estudiantes el **September 27th**, y con una fecha adicional el **October 11th**. La Diócesis de Charleston nos brinda este programa que es parte del esfuerzo constante para ayudar a crear y mantener ambientes seguros para sus niños y jóvenes bajo nuestro cuidado.

La lección programada es para todos los estudiantes de **Iglesia Catolica de St. James**. Como padres de familia, ustedes tienen el derecho de determinar si su niño participa o no en este programa. Le recomendamos leer el folleto de “descripción general” y el “plan de lecciones” adecuado para el grupo de edad de su niño para que entienda exactamente lo que se le enseñará.

Cabe resaltar que esta es una sesión básica de educación preventiva y no debe ser considerada como una clase de educación sexual o educación sobre las partes intimas del cuerpo. Ninguno de estos componentes está incluido en nuestra orden educacional para brindarle a su niño la información necesaria para protegerlo de aquellos que quieren hacerle daño.

Si usted desea que su niño no participe en las sesiones de educación preventiva, por favor, llene el formulario de exclusión de participación al final de esta hoja y entréguelo al maestro(a) de su niño a más tardar el **September 13th**.

Formulación de exclusión de participación del programa Teaching Touching Safety (Seguridad en el Contacto):

Iglesia Catolica de St. James no tiene permiso para presentar el programa Teaching Touching Safety (Seguridad en el Contacto) a mi(s) niño(s):

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Nombre del padre de familia (letra imprenta)

Firma del padre de familia _____

Fecha: _____