

# 2022 SUMMARY SHEET

## **Confirmation Retreat Registration**

- Duplicate this sheet as needed, please list totals only on first page (special needs/medical on backside).
- Each parish should have at least two chaperones at retreat in case a chaperone must accompany a student in an emergency. Groups should maintain a safe student to chaperone ratio (8:1 -- 10:1 is reasonable).

Parish/School \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_

Coordinator: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Group Leader (at Retreat): \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Chaperone:** Name

Medical/Special Needs

**(check & list on back)**

1. \_\_\_\_\_

Student 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

9. \_\_\_\_\_

10. \_\_\_\_\_

**Chaperone:** Name

Medical/Special Needs

**(check & list on back)**

2. \_\_\_\_\_

Student 11. \_\_\_\_\_

12. \_\_\_\_\_

13. \_\_\_\_\_

14. \_\_\_\_\_

15. \_\_\_\_\_

16. \_\_\_\_\_

17. \_\_\_\_\_

18. \_\_\_\_\_

19. \_\_\_\_\_

20. \_\_\_\_\_

### **Payment:**

**Total # of participants:** \_\_\_\_\_ x\$20 = \$ \_\_\_\_\_ **(Please write one check for your entire group)**

**MEDICAL INFORMATION AND/OR SPECIAL NEEDS**

**Parish/School (City):**

---

(Please give complete parish or school name and the city you are located)

**Name:** **Medical Condition/Special Needs**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_
- 7. \_\_\_\_\_
- 8. \_\_\_\_\_
- 9. \_\_\_\_\_
- 10. \_\_\_\_\_
- 11. \_\_\_\_\_
- 12. \_\_\_\_\_
- 13. \_\_\_\_\_
- 14. \_\_\_\_\_

**Additional Notes:**

---

---

---

# 2022 Retiro de Confirmación

## Formulario de Inscripción para Chaperones

Sábado, 22 de el octubre en Saint Joseph High School, South Bend  
(para ser aceptado debe completar ambas páginas)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

Parroquia/Escuela (ciudad): \_\_\_\_\_

Líder del Grupo: \_\_\_\_\_

Restricciones alimenticias: \_\_\_\_\_

### **ACUERDO DE COMPORTAMIENTO**

Como buen Cristiano Católico, estoy de acuerdo en comportarme de una manera que sea consistente con el espíritu de este día. Estoy de acuerdo en ser un chaperón responsable de la juventud bajo mi cuidado para garantizar la seguridad y el bienestar de todas las personas presentes durante todo el evento. Si me asignan como líder de grupo, me quedaré con mis estudiantes en todo momento durante el evento.

Firma del Chaperón \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- **La cuota de inscripción de \$20.00 incluye el almuerzo.**
  - **Por favor desayunar antes de venir.**
  
- **La segunda página debe ser llenada por completo.**

*Por favor devolver este formulario completado al coordinador de Confirmación de su parroquia*

# Retiro de Confirmación Diocesano: Información de contacto de emergencia y permiso

Nombre del Chaperón: \_\_\_\_\_ Parroquia: \_\_\_\_\_

**EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD A LA DIÓCESIS DE FORT WAYNE-SOUTH BEND.** Por la presente reconozco que la participación en el evento puede exponerme a riesgos y peligros. Además, en mi nombre, por la presente libero y estoy de acuerdo para mantener indemne a la parroquia arriba nombrada y la Diócesis de Fort Wayne-South Bend, Inc. en la mayor medida permitida por la ley de todos los reclamos, juicios y responsabilidad de todo tipo por cualquier lesión y daño de cualquier tipo, ya sea personal o de propiedad, que yo o cualquiera de nosotros pueda sufrir o incurrir debido a mi participación en el evento, independientemente de si la lesión o daño es atribuible a la culpa de las partes que no sean la diócesis o atribuibles a la culpa, incluyendo la negligencia, de la diócesis, su personal, acompañantes de eventos, líderes de grupos y/o organizadores de eventos.

Acepto las reglas de conducta según lo indique nuestra parroquia y la diócesis.

## INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

En caso de una emergencia, solicito que la parroquia haga intentos razonables de contactar a \_\_\_\_\_ (nombre) al \_\_\_\_\_ (número) o con \_\_\_\_\_ (nombre) al \_\_\_\_\_ (número)

**Entiendo que, en una emergencia, las circunstancias puedan impedir a que la parroquia se comunique inmediatamente con los contactos de emergencia mencionados anteriormente, o que la parroquia no pueda ubicarlos. Por lo tanto, doy permiso a la parroquia a tomar medidas que considere necesarias para asegurar la atención médica de emergencia/tratamiento.**

Entiendo que las decisiones relacionadas con el tipo de atención o tratamiento médico de emergencia administrado normalmente son hechas por los proveedores especialistas de salud y no por la parroquia y que circunstancias difíciles pueden exigir la atención cuidado o tratamiento médico de emergencia o tratamiento sin mi previo consentimiento. Sin embargo, he indicado a continuación mis preferencias de tratamiento que tengo y que la parroquia puede compartir con un proveedor de salud. (Los chaperones pueden completar lo siguiente):

\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_ es mi médico de preferencia y Dr. \_\_\_\_\_ es mi dentista de preferencia.

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ es mi hospital de preferencia.

\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

La parroquia también puede compartir la siguiente información con un proveedor de atención médica:

\_\_\_\_ Información del seguro: Nombre de la Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_  
Póliza/Grupo/Reclamo N°: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ La siguiente información sobre las alergias que tengo, medicamentos que estoy tomando, y otros hechos médicos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo que, en caso de una emergencia, la parroquia hará los esfuerzos razonables para notificar al proveedor de salud de la información antes mencionada, pero reconozco que soy responsable de comunicar dicha información al personal de médicos apropiados.

## Parte II. Permiso de la foto: (Por favor escoja uno de los siguientes)

\_\_\_\_ Autorizo a nuestra parroquia y a la Diócesis de Fort Wayne-South Bend a usar mi imagen en cualquier fotografía, sitio de Internet o medios visuales para promover la catequesis parroquial o Ministerio Juvenil diocesano para cualquier otro propósito legal.

\_\_\_\_ **NO** autorizo a nuestra parroquia ni a la Diócesis de Fort Wayne-South Bend a usar mi imagen.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Chaperón

\_\_\_\_\_  
E-mail

# 2022 Retiro de Confirmación para Jóvenes

## Formulario de Inscripción

Sábado, 22 de el octubre en Saint Joseph High School, South Bend  
(para ser aceptado debe completar ambas páginas)

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfonos móvil de los padres/guardianes legales: \_\_\_\_\_

Parroquia/Escuela (ciudad): \_\_\_\_\_

Líder del Grupo: \_\_\_\_\_

Restricciones alimenticias: \_\_\_\_\_

### **ACUERDO DE COMPORTAMIENTO**

Como buen Cristiano Católico, estoy de acuerdo en comportarme de una manera que sea consistente con el espíritu de este día y que no perturbaré el regocijo de las otras personas, o su experiencia de este evento. Permaneceré todo el tiempo con mi líder de grupo durante todo el evento. También entiendo que mi líder de grupo y mis padres/guardianes, serán informados de cualquier infracción que requiera que me echen del lugar donde nos encontremos y que ellos serán responsables de proveer la transportación para sacarme del evento.

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- **La cuota de inscripción de \$20.00 incluye el almuerzo.**
- **Por favor recuerden a los jóvenes de desayunar antes de venir.**
- **La segunda página debe ser completada.**

*Por favor devolver este formulario completado al coordinador de Confirmación de su parroquia*

**Retiro de Confirmación Diocesano: Información de contacto de emergencia y permiso**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Parroquia: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD A LA DIÓCESIS DE FORT WAYNE-SOUTH BEND.** En consideración del citado participante, mi hijo, se le permite participar en este evento, yo, en mi nombre, de mi hijo y del otro padre/guardián de mi hijo, reconocemos por este medio de que tal actividad puede exponer a mi hijo a riesgos y peligros que normalmente no se encuentran en el programa de ministerio de la juventud de la parroquia. Además, en mi nombre, de mi hijo y del otro padre/guardián de mi hijo, por la presente libero y estoy de acuerdo para mantener indemne a la parroquia arriba nombrada y a la Diócesis de Fort Wayne-South Bend, Inc. en la mayor medida permitida por la ley de todos los reclamos, juicios y responsabilidad de todo tipo por cualquier lesión y daño de cualquier tipo, ya sea personal o de propiedad, que yo o cualquiera de nosotros pueda sufrir o incurrir debido a la participación de mi hijo en el evento, independientemente de si la lesión o daño son atribuibles a la culpa de las partes aparte de la parroquia o diócesis o atribuibles a la falta, incluyendo la negligencia, de la parroquia o diócesis.

He instruido a mi hijo/a que siga las reglas de conducta según lo indicado por el programa de pastoral juvenil de la parroquia y la diócesis.

### INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

En caso de una emergencia, solicito que la parroquia haga intentos razonables de contactar a \_\_\_\_\_ (nombre) al \_\_\_\_\_ (número) o con \_\_\_\_\_ (nombre) al \_\_\_\_\_ (número)

**Entiendo que, en una emergencia, las circunstancias puedan impedir a la parroquia a ponerse en contacto conmigo inmediatamente o que la parroquia no se pueda comunicar conmigo. Yo, por consiguiente, doy permiso para que la parroquia tome acción, al considerar el cuidado/tratamiento médico necesario en caso de emergencia para mi niño incluso si yo no he sido contactada.**

Entiendo que las decisiones acerca del tipo de cuidado o tratamiento médico en caso de emergencia son hechas por proveedores especialistas de salud y no por la parroquia y que circunstancias difíciles pueden exigir la atención de cuidado o tratamiento médico de emergencia sin mi previo consentimiento. Sin embargo, he indicado a continuación mis preferencias de tratamiento que tengo para mi niño y que la parroquia puede compartir con un proveedor de salud. (Padres/guardianes marquen y completen lo siguiente):

\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_ es mi médico de preferencia y Dr. \_\_\_\_\_ es mi dentista de preferencia.

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ es mi hospital de preferencia.

\_\_\_\_ Recibo de mi consentimiento a una cirugía mayor antes que mi niño la tenga, a no ser que las opiniones de dos médicos o dentistas autorizados que están de acuerdo con la necesidad de tal cirugía, sean obtenidas antes de que la cirugía sea realizada.

\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

La parroquia también puede compartir la siguiente información con un proveedor de atención médica:

\_\_\_\_ Información del seguro: Nombre de la Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_  
Póliza/Grupo/Reclamo N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ La siguiente información es sobre las alergias que tiene mi niño, medicamentos que está tomando, y otros aspectos de salud sobre mi niño:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo que, en caso de una emergencia, la parroquia hará los esfuerzos razonables para notificar al proveedor de salud de la información mencionada arriba; pero reconozco que soy responsable de comunicar dicha información al personal de médicos apropiados.

### Parte II. Permiso de la foto: (Por favor marque uno de los siguientes)

\_\_\_\_ Autorizo a nuestra parroquia y a la Diócesis de Fort Wayne-South Bend a usar la imagen de mi niño en cualquier fotografía, sitio de Internet o medios visuales para promover la catequesis parroquial o Ministerio Juvenil diocesano o para cualquier otro propósito legal.

\_\_\_\_ **NO** autorizo a nuestra parroquia ni a la Diócesis de Fort Wayne-South Bend a usar la imagen de mi niño.

Fecha

Firma del Padre/Guardián

Nombre del Padre/Guardián

E-mail

**PERMISO Y RENUNCIA PARA PARTICIPACIÓN EN EVENTOS DE MINISTERIO JUVENIL**

**INFORMACIÓN DEL EVENTO**

Clase/Grado: \_\_\_\_\_ Descripción del evento: \_\_\_\_\_

Propósito del evento: \_\_\_\_\_

Fecha/Aprox. Hora de salida: \_\_\_\_\_

Fecha/Aprox. Hora de regreso: \_\_\_\_\_ Modo de transporte: \_\_\_\_\_

Alojamiento de una noche (si corresponde): \_\_\_\_\_

Información Adicional: \_\_\_\_\_

(Por favor corte y devuelva la parte de abajo al director del ministerio juvenil de la parroquia):

\*\*\*\*\*✂\*\*\*\*\*✂\*\*\*\*\*✂\*\*\*\*\*✂\*\*\*\*\*✂\*\*\*\*\*✂\*\*\*\*\*✂\*\*\*\*\*✂\*\*\*\*\*✂\*\*\*\*\*✂\*\*\*\*\*

**PERMISO Y RENUNCIA DE LOS PADRES/GUARDIANES \*:**

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Edad del Participante: \_\_\_\_\_

Grado del Participante: \_\_\_\_\_

**Si desea que su hijo participe en este evento, complete los espacios en blanco, ponga la fecha y firme:**

Permito que mi hijo participe en el viaje del evento parroquial a (complete el destino) \_\_\_\_\_  
el (complete la fecha) \_\_\_\_\_.

En consideración del citado participante, mi hijo, se le permite participar en este evento, yo, en mi nombre, de mi hijo y del otro padre/guardián de mi hijo, reconocemos por este medio de que tal actividad puede exponer a mi hijo a riesgos y peligros que normalmente no se encuentran en el programa de ministerio de la juventud de la parroquia. Además, en mi nombre, de mi hijo y del otro padre/guardián de mi hijo, por la presente libero y estoy de acuerdo para mantener indemne a la parroquia arriba nombrada y a la Diócesis de Fort Wayne-South Bend, Inc. en la mayor medida permitida por la ley de todos los reclamos, juicios y responsabilidad de todo tipo por cualquier lesión y daño de cualquier tipo, ya sea personal o de propiedad, que yo o cualquiera de nosotros pueda sufrir o incurrir debido a la participación de mi hijo en el evento, independientemente de si la lesión o daño son atribuibles a la culpa de las partes aparte de la parroquia o diócesis o atribuibles a la falta, incluyendo la negligencia, de la parroquia o diócesis.

He instruido a mi hijo/a que siga las reglas de conducta según lo indicado por el programa de pastoral juvenil de la parroquia y la diócesis.

\_\_\_\_\_  
Fecha Firma del Padre/Guardián Nombre en letra de molde

\*Se debe completar un nuevo Formulario de Participación de Evento para **cada** evento. La información proporcionada en el Formulario Anual de Atención Médica de Emergencia se utilizará para cada evento en el que su hijo esté permitido a participar durante el año del Programa de Ministerio Juvenil. Los padres/tutores son responsables de actualizar la información en ese formulario si se producen cambios durante el año del Programa de Ministerio de Jóvenes.

