2024 SUMMARY SHEET

Confirmation Retreat Registration

- Duplicate this sheet as needed, please list totals only on first page (special needs/medical on following sheet)
- 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)

Return form by March 1, 2024 to: Janice Martin WP
Confirmation Retreat Registrations | P.O. Box 390 | Fort Wayne, IN 46801

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:

_____

_____

_____

2024 Retiro de Confirmación
Formulario de Inscripción para Chaperones

Sábado, 9 de el marzo en Bishop Dwenger High School, Fort Wayne

(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 Nº: _____

____ 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

2024 Retiro de Confirmación para Jóvenes
Formulario de Inscripción

Sábado, 9 de el marzo en Bishop Dwenger High School, Fort Wayne

(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 Nº _____

____ 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.

PERMISO PARA PARTICIPACIÓN EN EVENTOS DE MINISTERIO JUVENIL (para chaperones)

INFORMACIÓN DEL EVENTO

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 Chaperón: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Si desea participar en este evento, complete los espacios en blanco, ponga la fecha y firme:

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.

_____	_____	_____
Fecha	Firma del Chaperón	Nombre en letra de molde