2025 Confirmation Retreat

Registration Packet

Please return registration packet by Wednesday, October 8. Items can be mailed or scanned and emailed to mdoak@diocesefwsb.org. Check should be payable to the "Diocese of Fort Wayne-South Bend" and mailed to address below.

Office of Adult Faith Formation
Confirmation Retreat
P.O. Box 390
Fort Wayne, IN 46801

Complete Registration Packets will include the following:

- ❑ Summary sheet for each parish and/or school, including names of all chaperones and students and relevant medical/special needs. (Page 1-2)
  - ****NOTE**** ANY listed chaperone should be verified by the parish or school for volunteering with minors, including Safe Environment training and background checks.
- ❑ Check totaling the amount of $20 per attendee, payable to the "Diocese of Fort Wayne-South Bend"

Parish Coordinators should retain copies of the following AND ensure print copies are brought to the Confirmation Retreat on 10/18:

- ❑ Registration Form for each student. (Page 3-4)
  - Parent signature on both sides.
  - Student signature on front page.
- ❑ Registration Form for each chaperone. (Page 5-6)
  - Chaperone signature on both sides.
- ❑ Driver Information Form for each adult driving a minor who is not their own child.

Questions? Contact Megan Quigley, Director of Adult Faith Formation, at mquigley@diocesefwsb.org

2025 Confirmation Retreat

Summary Sheets

General Information

Parish/School_____
City:_____

Confirmation Coordinator:_____
Phone: _____ **E-mail:** _____

Main Group Leader at Retreat: _____
Cell: _____ **E-mail:** _____

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

Attendee Information

- Duplicate page two as needed for additional students. Students will be placed in small groups with chaperones according to how they are listed on page two. Groups may have fewer than 10 students, but no more than 10. It is up to each parish to decide if groups will be split by gender or will be co-ed.
- 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). **All chaperones must be Safe Environment trained, which must be verified by the parish or school before submitting this packet.**
- Please describe any medical or special needs in column 2.

Group			
	Name	**Medical/Dietary/Special Needs**	**Photo Release(✓)**
Chaperone			
Students			

Group			
	Name	**Medical/Dietary/Special Needs**	**Photo Release(✓)**
Chaperone			
Students			

2025 Retiro de Confirmación para Jóvenes

Formulario de Inscripción

Sábado, 18 de octubre en Bishop Luers High School, Fort Wayne

(para ser aceptado debe completar ambas páginas)

Nombre del estudiante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** ____ **Código Postal:** _____

Teléfonos móviles de los padres/guardianes legales: _____

Parroquia/Escuela (ciudad): _____

Coordinador de Confirmación: _____

Restricciones alimenticias: _____

Modo de Transporte (Padre/Guardian, Transporte compartido, Autobús): _____

Fecha/Aprox. Hora de salida: _____ **Fecha/Aprox. Hora de regreso:** _____

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

<u>2025 Retiro de Confirmación</u>

Formulario de Inscripción para Chaperones

Sábado,18 de octubre en Bishop Luers High School, Fort Wayne

(para ser aceptado debe completar ambas páginas)

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** ____ **Código Postal:** _____

Teléfono de casa: _____**Móvil:** _____

Parroquia/Escuela (ciudad): _____

Coordinador de Confirmación: _____

Restricciones alimenticias: _____

<u>ACUERDO DE COMPORTAMIENTO</u>

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.º: _____
____ 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