

Nombre del participante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado Escolar: _____

de celular (9° -12° Grado): _____

Escuela: _____ Ciudad: _____

Domicilio: _____

Parroquia: _____ Ciudad: _____

Nombre de Padre/Tutor 1: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre de Padre/Tutor 2: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Permiso General: Por la presente, acuerdo —en mi propio nombre: _____ y en el de mis herederos, cesionarios, albaceas y representantes personales— en eximir de responsabilidad y defender a San Isidro y a la Diócesis de Joliet, así como a sus funcionarios, directores, agentes, empleados o representantes, frente a toda y cualquier responsabilidad por enfermedad o fallecimiento que surja de, o guarde relación con, la participación de mi hijo en el Programa de Formación en la Fe.

Estoy de acuerdo ____ No estoy de acuerdo ____

VIDEOS, FOTOS Y PLATAFORMAS VIRTUALES: Se podrán tomar videos y/o fotografías durante las clases y eventos de Formación en la Fe. Esta autorización constituye un permiso para utilizar la imagen de mi hijo/a en videos y/o fotografías, los cuales podrán ser utilizados para futuras actividades promocionales, incluyendo el sitio web de la parroquia y/o de la Diócesis de Joliet.

Estoy de acuerdo ____ No estoy de acuerdo ____

CÓDIGO DE CONDUCTA/EXPECTATIVAS: Reconozco que represento a nuestra diócesis/parroquia durante este evento y que la representaré dignamente. Cumpliré con todas las directrices diocesanas y demostraré una conducta responsable, madura y respetuosa en mis palabras, acciones y actitudes. 1. Se espera que todos los participantes lleguen a tiempo. 2. Se espera que todos los participantes demuestren respeto y cortesía en todo momento. No se tolerará el lenguaje, el comportamiento ni la conducta inapropiados. 3. La interacción social deberá realizarse siempre en las áreas públicas. 4. La vestimenta debe reflejar los valores de modestia y respeto; asimismo, las inscripciones e imágenes en la ropa deben reflejar los valores cristianos. 5. Queda prohibida la posesión o el consumo de cualquier bebida alcohólica. 6. Queda prohibida la posesión de cualquier sustancia ilegal, la cual estará sujeta a acciones legales. 7. Queda prohibido fumar, vapear, el uso de cigarrillos electrónicos, el

tabaco sin humo y el cannabis en cualquiera de sus formas. 8. Queda prohibida la posesión de armas y/o parafernalia relacionada con drogas. LA INFRACCIÓN DE ESTAS NORMAS PUEDE CONLLEVAR LA EXPULSIÓN INMEDIATA SIN DERECHO A REEMBOLSO.

Entiendo y acepto el Código de Conducta. Asimismo, entiendo y acepto que, en caso de cometer una infracción que requiera mi expulsión, se notificará a mis tutores (si soy menor de 18 años) y/o asumiré la responsabilidad de todos y cada uno de los costos relacionados con mi expulsión de las actividades, así como de cualquier costo impuesto por las autoridades locales.

Estoy de acuerdo ____ No estoy de acuerdo ____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA: Por la presente, autorizo la administración de primeros auxilios a mi hijo:

_____ por parte de las personas responsables del evento y de aquellas encargadas de su transporte hacia y desde el mismo, según su criterio lo considere aconsejable, así como la realización de las derivaciones necesarias a médicos cualificados para el tratamiento de enfermedades o accidentes de mayor gravedad. Entiendo que se me notificará con prontitud en caso de cualquier enfermedad o accidente grave, y con anterioridad a cualquier intervención quirúrgica mayor, salvo que la demora en dicha comunicación pusiera en peligro la vida del menor. En caso de emergencia médica, entiendo que se harán todos los esfuerzos posibles para contactar al padre, madre o tutor del participante. En el supuesto de que no sea posible localizarme, por la presente otorgo permiso a los médicos designados por el personal adulto para hospitalizar a mi hijo, procurarle el tratamiento adecuado y ordenar la administración de inyecciones, anestesia o intervenciones quirúrgicas, si así se considerara necesario para su salud.

Estoy de acuerdo ____ No estoy de acuerdo ____

Alergias: _____

Si hay, favor de describir las alergias

Otras condiciones médicas:

Póliza de seguro médico a nombre de: _____

Compañía del seguro médico: _____

Número de póliza del seguro médico y número de identificación:

Número de teléfono del seguro médico: _____

Médico autorizado y número de teléfono: _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____

Número de teléfono: _____

Relación con la familia: _____