



## 2018-2019 - LIFE TEEN DE INSCRIPCIÓN

<b>Información del Adolescente (Todos los artículos requeridos)</b>					
Nombre del Estudiante:		Segundo Nombre:		Apellido:	
Circule uno: Niño / Niña	Fecha de Nacimiento:	Ciudad de Nacimiento:	Edad:	Grado de Escuela en Sept. 2018:	Nombre de la Escuela:
Celular de Adolescente:		Correo Electrónico de Adolescente:			
¿Hay alguna condición médica o incapacidad de aprendizaje?					
<b>Información sobre los Sacramentos</b>					
¿Bautizado Católica?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de Bautismo:	Iglesia donde se Bautizó:		Ciudad/Estado del Bautismo:	
¿Primera Comunió?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de Primera Comunió:	Iglesia donde hizo la Primera Comunió:		Ciudad/Estado de la Primera Comunió:	
¿Confirmación?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de Primera Confirmación:	Iglesia donde hizo la Confirmación:		Ciudad/Estado de la Confirmación:	
<b>Información sobre la familia</b>					
Número de Registración Parroquial: # _____ <i>(Si no está registrado actualmente, por favor vea la oficina de recepción acerca de convertirse en un parroquiano registrado)</i>				Verificación _____	Iniciales _____ <i>(sólo uso de oficina)</i>
Primer Nombre / Apellido del Padre:			Religión del Padre:	Idioma Principal del Padre: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	
Primer Nombre / Apellido de la Madre:		Apellido materno:	Religión de la Madre:	Idioma Principal de la Madre: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	
¿Son los padres casadas por la Iglesia Católica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿ Si no casadas por la Iglesia, se les gusta estar?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Con quién vive el niño/a? <input type="checkbox"/> Padre y Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro _____			
Domicilio:			Ciudad:	Código Postal:	
Teléfono de casa:		Celular de Padre:		Celular de Madre:	
Correo Electrónico la familia:			Contacto preferido : <input type="checkbox"/> Papa <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Contacto de Emergencia (aparte de los padres):			Teléfono de contacto de Emergencia:		
Contacto de Emergencia Relación con adolescente:			<i>Al firmar a continuación usted darnos permiso para agregar a su familia a nuestra lista de correo electrónico, teléfono y distribución de texto.</i>		
<b>EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDADES Y ASUNCIÓN DE RIESGOS</b>					
Médico de cabecera:	Teléfono del Médico:	Compañía de Seguros:	Numero de Póliza#:		
Yo, _____, padre (tutor) del menor _____, doy permiso para que participe en las actividades mencionadas. Estoy conforme en que mi hijo (a) cumpla las normas que dicte la parroquia, escuela o personal diocesano responsable de éstas actividades.					
Como condición para la participación de mi hijo(a), yo exonero a la Diócesis de Orange, a sus organizaciones, incluida pero no limitada a The Roman Catholic Bishop of Orange, a Corporation Sole, a sus funcionarios, empleados y voluntarios, de cualquier reclamación por daños personales o daños a la propiedad que puedan resultar de su participación en la actividad descrita más arriba, a pesar de que los daños ocasionados hayan sido producidos por negligencia, activa o pasiva, de cualquiera de las entidades o personas nombradas.					
Estoy conforme en que si mi hijo(a) resultase lesionado(a) debido a su participación en las actividades mencionadas, o durante su transporte a o desde las mismas, aunque haya sido debido a negligencia, activa o pasiva, de la parroquia, la escuela o el programa diocesano, o de cualquiera de sus agentes o empleados, el pago de los costos hospitalarios, médicos o dentales serán atendidos en primer lugar por los seguros de accidentes, hospitalarios, médicos o dentales que tengamos suscritos yo o mi esposa(o). No estoy enterado de que mi hijo(a) tenga alguna condición médica que le impida participar adecuadamente en cualquier actividad.					
Autorizo a que se hagan fotografías, reportajes gráficos o grabaciones de la actividad en las que figure mi hijo(a), así como la publicación o reproducción de las mismas. Renuncio, por tanto, a cualquier compensación o a cualquier derecho que pudiera tener, o a limitar y controlar la realización o el uso de tales registros.					
Yo autorizo a que médicos, enfermeras, dentistas o personal sanitario seleccionados por personal al cargo de la actividad, presten el apropiado tratamiento médico o dental.					
<b>Firma de Padre, Madre, o Tutor Legal:</b>					<b>Fecha:</b>