



# St. Francis de Sales Parish 2019-20

Faith Formation Registration Form / *Formulario de Inscripción para Formación de Fe*

## One Form for Each Child/*Una Forma por Niño/a*

Faith Formation through Children and Youth Ministries are open to all children in grades K-12, whether or not they are preparing for a sacrament. If you would like for your child to begin preparation for First Reconciliation, First Eucharist, or Confirmation, please complete the Sacrament Request Form in addition to this form.

*La formación de fe en los ministerios de Niños y Juvenil están disponibles para todos los niños que están en los grados K-12, ya sean que se estén preparando para un sacramento o no. Si quiere que su hijo/a empiece la preparación para la Primera Reconciliación, la Primera Eucaristía, o la Confirmación, favor de completar la Solicitud de preparación sacramental aparte de esta forma.*

<b>Name / Nombre</b>			
<b>Address / Dirección</b>			
<b>City / Ciudad</b>		<b>State &amp; Zip Code / Estado y Código Postal</b>	
<b>Telephone / Teléfono</b>	Day / Día:	Evening / Tarde:	
<b>Age / Edad</b>	Age / Edad:	Birthdate / Fecha de Nacimiento:	
<b>Grade/ Grado 2019/2020</b>		<b>Male or Female Masculino o Femenina</b>	
<b>Language / Idioma</b>	Speak / Habla:	Read / Lee:	
<b>Has your child received these sacraments?</b>			
Yes/Sí	No/No	Yes/Sí	No/No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baptism / <i>Bautismo</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eucharist / <i>Eucaristía</i>	<input type="checkbox"/>
		Reconciliation / <i>Reconciliación</i>	<input type="checkbox"/>
		Confirmation / <i>Confirmación</i>	<input type="checkbox"/>

### Choose a Program /*Elija un programa*

- \_\_\_\_\_ Children's Ministry (Grades K-5) - Wednesday Evenings  
*Ministerio de niños (Grados K-5) - los miércoles de la tarde*
- \_\_\_\_\_ Edge (Grades 6-8) - Wednesday Evenings  
*Edge (Grados 6-8) - los miércoles de la tarde*
- \_\_\_\_\_ Life Teen (Grades 9-12) - Sunday evenings  
*Life Teen (grados 9-12) - los domingos de la tarde*
- \_\_\_\_\_ Family Formation (Grades K-7) - Sunday Afternoons, Twice per Month  
*Formación familiar (Grados K-7) - Los domingos de la tarde, dos veces al mes*

Sacramental preparation is in addition to the programs listed above. For first Eucharist, one year of foundational faith formation is required before beginning direct sacramental preparation during the second year of faith formation.

*La preparación sacramental es adicional a los programas mencionados anteriormente. Para la Primera Eucaristía, se requiere un año de formación de fe fundamental antes de comenzar la preparación sacramental durante el segundo año de formación de fe.*

<b>Medical Information / Información Médica</b>	
List any medical information about participant:	_____
• Allergies, Medication (name & dose), Other important commentary, Disabilities	_____
<i>Enliste información médica sobre el participante:</i>	_____
• <i>Alergias, Medicina (nombre y dosis), Otro comentario importante, Discapacidades</i>	_____

## Family Physician Data / Datos del Médico Familiar

Name / Nombre			
Address / Dirección			
City / Ciudad		State & Zip Code / Estado y Código Postal	
Telephone / Teléfono			

## Health Insurance Data / Datos de Seguridad de Salud

Company / Compañía	
Policy Number / Número de Póliza	
Group Number / Número del Grupo	
Contract Number / Número de Contrato	

## Medical Treatment Release / Potestad a Tratamiento Médico

As a parent/guardian, I do hereby authorize the treatment by a qualified and licensed physician of any condition, which, in the opinion of the physician, is deemed necessary and appropriate. This authority is granted only after a reasonable effort has been made to reach me.

I further authorize the person who presents the minor to sign the Acknowledgement of Receipt of Notice Privacy Rights that may be presented by the physician or health care facility.

This authorization is completed and signed of my own free will with the sole purpose of authorizing medical treatment deemed necessary and appropriate by the treating physician.

*Como padre / guardián, yo autorizo el tratamiento de primeros auxilios / médico para mi hijo(a) en el caso eventual de una emergencia que pone en peligro su vida, causaría desfiguración, discapacidad física, o incomodidad excesiva si no es atendido oportunamente. Se entiende que harán esfuerzos para contactarme en cuanto sea razonablemente posible.*

*Este formulario de consentimiento es completado y firmado de mi propia libre voluntad con el único propósito de autorizar tratamiento médico bajo circunstancias de emergencia en mi ausencia.*

*Esta autorización se completa y firmado por mi propia voluntad con la finalidad de autorizar tratamiento médico, que se considera necesario y apropiado por el médico tratante.*

X X

Parent or Guardian Signature/Firma del Padre Date / Fecha

## Media Relations-Promotions Release / Relaciones Con Los Medios De Comunicación-Promociones

I/we give my/our permission to the Roman Catholic Diocese of Grand Rapids, Michigan, (the Diocese) and all entities, representatives, employees, and agents operating under its authority to use, without prior notice, my name or my minor child's name, city and state, and/or audio, video(s), photo(s), and/or any other likeness and to use statements made by or attributed to me or my child relating to the Diocese, without compensation, for web, social media, publicity or similar promotions for the Diocese. I waive my right to inspect or approve such publications, including any written copy that may be created in connection therewith. I/we agree that my/our signature(s) below releases any and all claims against the Roman Catholic Diocese of Grand Rapids, or its associated entities related to or arising out of the Diocese's use of the stated items as media relations/promotional material(s).

Initials: If person being used in the material is under 18 years of age, parent or legal guardian must initial this form.

\_\_\_\_\_ Yes, I grant permission for release \_\_\_\_\_ No, I do not grant permission for release

*Yo/nosotros doy/damos mi/nuestro permiso a la Diócesis Católica Romana de Grand Rapids, Michigan, (la Diócesis) y entidades, representantes, empleados, y agentes que operan bajo su autoridad a usar, sin previo aviso, mi nombre o el nombre de mi hijo(a) menor de edad, ciudad y estado, y/o audio, video, fotografía, y/o cualquier otra semejanza y utilizar declaraciones atribuidos a mi o a mi niño(a) relacionados con la Diócesis, sin goce de compensación, para la página web, medios sociales, publicidad o promociones similares para la Diócesis. Yo renuncio a mi derecho de inspeccionar o aprobar esas publicaciones, incluyendo cualquier copia escrita que pueda ser creada en conexión con la misma. Yo/nosotros estoy/estamos de acuerdo en que mi/nuestra firma abajo libera de cualquier y todos los reclamos en contra de Diócesis Católica Romana de Grand Rapids, o sus entidades asociadas relacionadas con o derivadas de uso de la Diócesis de los artículos indicados como relaciones con los medios de comunicación.*

Iniciales: Si la persona requerida para el material es menor de 18 años de edad, el padre/madre o tutor legal deberá firmar esta forma.

\_\_\_\_\_ Sí, doy mi permiso \_\_\_\_\_ No, doy mi permiso