



Formulario de consentimiento - St. Francis de Sales, Holland Michigan

Ministerio Juvenil (para jóvenes en los grados 9-12)

Grupos Pequeños y/o Noches Sociales y/o Equipo de Liderazgo Estudiantil

1 de septiembre de 2025 a 31 de mayo de 2026

St. Francis de Sales, 7:00 – 8:30 p.m.

1. Nombre y apellido del niño _____
2. Grado del niño en la escuela secundaria 9 10 11 12
3. Fecha de Nacimiento del niño _____
4. Nombre y apellido del padre/madre/guardián _____
5. Número de teléfono celular de madre/padre/guardian _____
6. Correo electrónico del padre/madre _____
7. Contacto en caso de emergencia: Nombre y apellido del adulto (mayor de 18 años y alguien que no sea el adulto en el #4 _____
8. Número de teléfono del contacto en caso de emergencia _____

9. **ACUERDO DE PARTICIPACIÓN ADOLESCENTE CON EL CÓDIGO DE CONDUCTA:**

Usted representa al Ministerio Juvenil de San Francisco de Sales, a su parroquia, a su familia y a usted mismo durante esta actividad/evento. Esperamos que demuestre madurez y responsabilidad.

Comportamiento y expectativas:

1. Se espera que todos los participantes lleguen a tiempo.
2. Se espera que todos los participantes demuestren cortesía y respeto en todo momento. No se tolerará el lenguaje/comportamiento inapropiado.
3. La socialización siempre debe hacerse en áreas públicas.
4. La vestimenta debe reflejar el valor de la modestia. Ropa que lleve palabras sobre debe reflejar los valores cristianos.
5. No se permite la posesión o consumo de ninguna bebida alcohólica, no se permite la posesión/uso de cualquier droga ilegal.
6. No se permite fumar/vapear.
7. No se permiten armas o parafernalia de drogas.
8. Si es menor de 18 años, los medicamentos recetados deben entregarse a un adulto de su parroquia para su almacenamiento y distribución.

Violar estas reglas puede significar el despido inmediato sin reembolso. Los participantes también serán responsables ante las autoridades locales.

Entiendo y acepto este Código de Conducta. También entiendo y acepto que en el momento de una infracción que requiera mi despido, soy responsable de mi expulsión de las instalaciones y de cualquier costo involucrado. Si es menor de 18 años, también entiendo y acepto que mis padres o tutores serán notificados en el momento de una infracción que requiera mi despido. Mis padres o tutores serán responsables de mi expulsión de las instalaciones y de cualquier costo involucrado.

☐ **Yo (adolescente participante) estoy de acuerdo**

10. **POTESTAD GENERAL PARA LA ACTIVIDAD:** En consideración de que mi hijo pueda participar en esta Actividad para Jóvenes, por este medio estoy de acuerdo en nombre mío y de mi hijo, para dar libertad a San Francisco de Sales, a la diócesis católica romana de Grand Rapids, y a todas las organizaciones afiliadas, sus empleados, agentes y representantes, (colectivamente "con libertad"), de todas y cada una de las peticiones, incluida la negligencia, que pueden ser declaradas por mí o por mi hijo, o en nombre de mi hijo, que surjan de o estén

relacionadas con mi Participación del niño en la excursión. El firmante será responsable y estará de acuerdo en pagar todos los costos y gastos incluidos en relación con dichos servicios médicos y dentales prestados al niño antes mencionado de conformidad con esta autorización.

☐ **Yo estoy de acuerdo**

11. Enliste información médica sobre el participante: Alergias, Medicina (nombre y dosis), Otro comentario importante, Discapacidades

12. POTESTAD A TRATAMIENTO MÉDICO

Como padre / guardián, yo autorizo el tratamiento de cualquiera o todos los niños nombrados en este formulario 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 firma por mi propia voluntad con la finalidad de autorizar tratamiento médico, que se considera necesario y apropiado por el médico tratante.

- ☐ **Sí, doy permiso**
☐ **No, no doy permiso**

13. RELACIONES CON LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN-PROMOCIONES

Para cualquiera o todos los niños nombrados en este formulario, 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.

- ☐ **Sí, doy permiso**
☐ **No, no doy permiso**

14. ¿Alguna información adicional necesitamos saber?

15. Firma electrónica del padre de familia/guardián custodial

Con este formulario de permiso, doy permiso para que el niño nombrado en este formulario participe en cualquiera o todas las "Noches de juegos de pizza para adolescentes" 2024-25 en St. Francis Sales.

16. La fecha de la firma_____