



St. Francis de Sales Parish 2018-2019

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

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

Name / Nombre			
Address / Dirección			
City / Ciudad		State & Zip Code / Estado y Código Postal	
Telephone / Teléfono	Day / Día:		Evening / Tarde:
Age / Edad	Age / Edad:		Birthdate / Fecha de Nacimiento:
Grade/ Grado 2018/2019		Male or Female Masculino o Femenina	
Language / Idioma	Speak / Habla:		Read / Lee:
Sacraments Already Received / Sacramentos Recibidos	Yes/Sí	No/No	Yes/Sí No/No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Baptism / Bautizo		Reconciliation / Reconciliación
	Eucharist / Eucaristía		Confirmation / Confirmación
Choose a Program	<input type="checkbox"/> Sunday Program		<input type="checkbox"/> Wednesday Program K-7 grade
	<input type="checkbox"/> Youth Ministry 8-12 grade		<input type="checkbox"/> Attends Catholic School
Sacrament Preparation Registration Inscripción para la Preparación Sacramental	Is this your child's 1st year of preparation? / ¿Es el primer año de preparación de su hijo? _____		
	For what sacrament is your child preparing? / ¿Para cual sacramento se está preparando su hijo? <input type="checkbox"/> Baptism / Bautizo <input type="checkbox"/> Eucharist / Eucaristía <input type="checkbox"/> Confirmation / Confirmación		
	Office notes:		

Medical Information / Información Médica List medical information about participant: <ul style="list-style-type: none"> Allergies Medication (name & dose) Other important commentary Disabilities Liste información médica sobre el participante: <ul style="list-style-type: none"> Alergias Medicina (nombre y dosis) Otro comentario importante Discapacidades 	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--	---

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 pariente / 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 Jurídico	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**