

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

PARTICIPANT INFORMATION

Nombre: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad, Estado: _____ Código Postal: _____

Tel. de casa: _____

Tel. Celular: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Talla: ____ Sexo: Masc. Fem.

Parroquia: _____

¿Cómo te enteraste de Despertar? _____

¿Nombre, relación y teléfono de la persona con quien vives? _____

AUTORIZACION DEL PARTICIPANTE

Considerando que mi solicitud ha sido aceptada para participar en el retiro de fin de semana de Despertar que se llevará a cabo el ____ al ____ del mes _____ del año 20____, yo _____, estoy consciente que no haré responsables al movimiento de Despertar de Beaumont, ni a la Diócesis Católica de Beaumont, ni a la parroquia del retiro por heridas o cualquier accidente que me suceda durante el fin de semana.

EXHIBIT J-h (Spanish)

FORMA REGISTRO DE LA JUVENTUD Y CONSENTIMIENTO, EN LA CUAL LOS PADRES/TUTORES DELEGAN LA RESPONSABILIDAD DE SU HIJO(A)

Parroquia / Escuela

Apellido

Diócesis de Beaumont

UTILIZE LETRA DE IMPRENTA

NOMBRE _____ SEXO Masculino Femenino
Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección _____ Tel: _____
Calle ó P.O. Box. Ciudad Estado Código Postal

Nombre Dirección de Trabajo Teléfonos, trabajo, Celular, etc.

Padre _____

Madre _____

PROPORCIONE EL NOMBRE DE DOS FAMILIARES O VECINOS QUIENES PUEDEN SER RESPONSABLES TEMPORALMENTE DE SU HIJO(A) EN CASO DE QUE NO SE PUEDA COMUNICAR CON USTEDES.:

NOMBRE _____ NOMBRE: _____

Dirección _____ Dirección: _____

TEL _____ TEL: _____

Problemas de Salud como enfermedades del corazón, epilepsia, diabetes, oídos, ojos, dolencias crónicas, etc.

Explique: _____

RELIGION _____ Parroquia a la que pertenece _____

Año escolar (Otoño 20__) _____ EDAD _____ FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO _____

NOSOTROS LOS PADRES (PADRE, MADRE O TUTOR) DEL NIÑO(A)/JOVEN, DEL NOMBRE MENCIONADO ARRIBA, POR ESTE CONDUCTO DOY/DAMOS CONSENTIMIENTO Y APROBACION DE QUE PARTICIPE EN UNA O TODAS LAS ACTIVIDADES PATROCINADAS POR LA DIOCESIS DE BEAUMONT, LAS PARROQUIAS O ESCUELAS DE LA MISMA DIOCESIS, ESTO INCULYE LA PARTICIPACION EN EVENTOS ATLETICOS., YO/NOSOTROS ASUMIMOS TODOS LOS RIESGOS Y PELIGROS QUE CONLLEVAN DICHS EVENTOS, INCLUYENDO TRANSPORTACION, Y TODO METODO DE EDUCACION QUE RECIBA EN DICHS EVENTOS, YO/NOSOTROS DESLINDAMOS, ABSOLVEMOS Y EXENTAMOS DE TODA RESPONSABILIDAD A LA DIOCESIS DE BEUAMONT, AL OBISPO CURTIS J. GUILLORY, OBISPO DE LA DIOCESIS DE BEAUMONT, LAS PARROAUIA O ESCUELAS, Y DIFERENTES ORGANIZACIONES Y PATROCINADORES DE CUALQUIER INDEMNIZACION O PERDIDA, DE CUALQUIER DAÑO O HERIDA QUE SUFRA EL NIÑO/JOVEN, YO/NOSOTROS REUNUNCIAMOS A TODO TIPO DE RECLAMACIONES DE CUALQUIER INDOLE, ESTO INCULYE A CUALQUIER ORGANISMO O PERSONA INCLUSO AQUELLAS QUE PROPORCIONE TRANSPORTE DE REGRESO DE LAS ACTIVIDADES ANTES MENCIONADAS. YO/NOSOTROS DAMOS AUTORIZACION PARA QUE ANTES-DE ABORDAR, PARA ASISITIR A CUALQUIR EVENTO, EL EQUIPAJE DE NUESTRO HIJO/HIJA SEA REVISADO, BUSCANDO CUALQUIER SUSTANCIA QUE PUEDA PONER EN RIESGO LA SALUD DE LOS PARTICIPANTES O DE LA MISMA ORGANIZACIÓN, Y NUESTRO PERSONAL. DAMOS NUESTRA AUTORIZACION PARA QUE NUESTRO HIJO/HIJA SEA REVISADO EN CASO DE SOSPECHA DE QUE TENGA ALGUNA SUSTANCIA ILEGAL, LA CUAL PUEDE PONDER EN PELIGO SU SALU O LA DE LOS PARTICIPANTES, NUESTROA VOLUNTARIOS Y PERSOANAL.

FECHA _____ PADRE _____

(FIRMA)

DEBEN DE FIRMAR LOS PADRES O TUTORES

MADRE _____

(FIRMA)

COMPLETE LA PARTE DE ATRÁS

Doy/damos permiso para que mi/nuestro hijo(a) participe en eventos patrocinados por esta parroquia/escuela y/o la diócesis de Beaumont.

PARA: CUALQUIER MÉDICO, HOSPITAL O PROVEDOR AUTORIZADO DEL CUIDADO MÉDICO

DE: Los Padres (papá, mamá o tutores) de: _____

ASUNTO: Servicios médicos/de salud de emergencia

Esto es para verificar que, en caso de que no podamos ser contactados, un empleado de la diócesis de Beaumont, o bien alguna de sus parroquias o escuelas, o en su defecto un asesor adulto de _____ esta autorizado a solicitar asistencia médica de emergencia a mi hijo(a) cuyo nombre se menciona arriba, dicha persona también está autorizada a dar permiso escrito o cualquier otra forma de autorización necesaria en conexión a dicho servicio de salud.

Favor de llenar TODOS los espacios del cuestionario
Si no hay respuesta, escriba NO; si la pregunta no aplica,
Escriba, N/A; no deje ningún espacio vacío.

X _____

X _____

Firma de los padres o tutores Fecha

Nombre de la compañía de seguro medico _____

Información:

Póliza a nombre de _____

Póliza numero: _____

Alergias: _____

Medicamento recetado o sin receta que actualmente toma: _____

Fecha de la última vacuna del Tétano: _____

En caso de Emergencia comuníquese con:

Nombre _____ Teléfono _____

Nombre _____ Teléfono _____

**INCLUYA UNA COPIA POR AMBOS LADOS DE LA TARJETA DE SEGURO MÉDICO.
¡PORFAVOR NO NOS DÉ UNA TARJETA O UN DOCUMENTO ORIGINAL!**

Constancia para tomar Video/Fotografías

Como padre/tutor, entiendo que fotos o videos con fines de informar a más jóvenes sobre las actividades diocesana serán tomados (grupal o individual) durante este evento diocesano. Autorizo que las fotos/videos que sean tomados a mi hijo/a puedan ser usados en la propaganda diocesana (periódico diocesano, página web, calendario, presentaciones PowerPoint, video, etc.).

Firma (Padre/Tutor)

Fecha

INFORMACION PARA EL PARTICIPANTE Y LOS PAPAS / TUTORES

El retiro comenzará con las inscripciones el sábado a las 8:00am. Los participantes serán limitados a una cantidad de 40 personas, los cuales deben tener por lo menos una edad de 12 años y no más de 14 años.

El retiro terminara con la Misa de la tarde. Los padres están invitados a asistir a la misa.

Si estas interesado en asistir a este retiro de jóvenes puedes llamar a la oficina de PJH a Julio Beltrán al (409) 924-4338 para reservar tu lugar en el retiro. Se sugiere una donación de \$20.00 por participante, mas no es obligatorio. Si necesita una beca llámenos.

Esta aplicación puede ser entregada a cualquier líder del movimiento *Despertar*, o enviada con él o la joven el fin de semana del retiro, **siempre y cuando, esté completamente llenada y firmada por los padres o tutores del joven que asistirá al retiro.**

Las cosas necesarias para el retiro serán: cobertores, almohadas, sleeping bags, artículos personales de limpieza, y un corazón bien abierto y dispuesto a recibir a Jesús.

**** **IMPORTANTE!!!!** Favor de no traer ninguna clase de radio, estéreo, iPod, iPad, mp3 player, etc.; ni teléfonos celulares. ****

Para más información contacte a uno de los líderes de *Despertar* o comuníquese con *Julio Beltrán* al (409) 924-4338.

IMPORTANTE:

****FAVOR DE QUEDARSE CON ESTA PAGINA PARA SU INFORMACION Y ENTREGAR LAS PAGINAS 1, 2, 3, Y 4 DE ESTA SOLICITUD COMPLETAMENTE LLENAS AL EQUIPO DESPERTAR****

*****TODOS LOS PARTICIPANTES NESECITARAN LLENAR ESTA FORMA DE INSCRIPCION CON LAS FIRMAS CORRESPONDIENTES, YA SEA QUE LA ENVIEN O LA PRESENTEN EL DIA DEL RETIRO, DE LO CONTRARIO NO PODRAN PARTICIPAR EN EL RETIRO.**

www.pjhbmt.org/despertar

*(PJH = Pastoral Juvenil Hispana)
(BMT = "Beaumont" por la Diócesis de Beaumont)*