



2017-2018

**Registración de High School para los Programas del
Ministerio de Jovenes en All Saints**

9300 Stonewall Road, Manassas VA 20110

Registracion Temprana \$65.00 Despues de Junio 1ª Sera \$75.00

Informacion del Estudiante

Favor de marcar todos los Grupos del Ministerio que anticipa que participara:

| | | | | | |
|------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| Sunday Night Life Teen | <input type="checkbox"/> | Boys CLC | <input type="checkbox"/> | Girls CLC | <input type="checkbox"/> |
| Time Out Tuesday | <input type="checkbox"/> | Soldados de Dios | <input type="checkbox"/> | Teen Choir | <input type="checkbox"/> |
| Theatre Ministry | <input type="checkbox"/> | Summer Mission | <input type="checkbox"/> | Fall Retreat | <input type="checkbox"/> |

Nombre del Estudiante:

Dirección/Ciudad/Codigo Postal:

Telefono de Casa:

Telefono Movil #:

Correo Electronico del Estudiante:

Fecha de Nacimiento:

Año de Graduacion de H.S:

Escuela que Asistes :

Tienes alguna condicion medica que debamos conocer?

Información del los padres/Guardian

Nombre de mamá:

Dirección de mamá:

Numero de trabajo de mamá:

Movil de mamá:

Nombre de papá:

Correo electronic:

Numero de trabajo #:

Movil de papá:

Informacion Voluntaria para Adultos

La participación de los padres es necesaria para mantener el exito de este programa grande.
Las oportunidades de voluntario serán enviadas por correo electrónico a traves de Sign Up Genius.
La mayoría de las oportunidades requieren el cumplimiento de Virtus.

Tienes Cirtificacion de Virtus: Si No

Leberación de Formularios

DIÓCESIS CATOLICA DE ARLINGTON FOTO, PRENSA, AUDIO Y LIBERACION DE MEDIOS ELECTONICOS
Autorizo a la **Diócesis Católica de Arlington**, sus parroquias y / o escuelas a usar y publicar las fotografías y / o películas de cinta de video para las cuales mi hijo (a) ha planteado, y / o grabaciones de audio hechas de su voz. Estoy de acuerdo en que la **Diócesis Católica de Arlington**, sus parroquias y / o escuelas pueden usar tales fotografías con o sin el nombre de mi hijo / hija y para cualquier propósito legal, incluyendo, por ejemplo, propósitos como publicidad, ilustración, boletín y contenido web .

Si usted no desea ser fotografiado o filmado debe notificar a All Saints Youth Ministry por escrito.

Liberación Medica

Estoy de acuerdo en indemnizar a la Parroquia de Todos los Santos, a los Ministros de Juventud, a los Voluntarios y a la Diócesis de Arlington por cualquier costo o gasto que surja de la participación de mi hijo en las actividades incluyendo el costo de cualquier cuidado médico dado a mi hijo Cualquier demanda que surja como resultado de cualquier daño o lesiones causadas por mi hijp en el curso de su participación en la actividad.

Además doy mi consentimiento para que en mi ausencia el menor mencionado anteriormente sea admitido en cualquier hospital o centro médico para el diagnóstico y tratamiento. Solicito y autorizo a médicos, dentistas y personal, debidamente licenciados como Doctores de Medicina o Médicos de Odontología u otros técnicos o enfermeras licenciados, a realizar cualquier procedimiento de diagnóstico, procedimientos de tratamiento, procedimientos operativos y radiografías del menor mencionado. No se me ha dado una garantía en cuanto a los resultados del examen o tratamiento. Autorizo al hospital o centro médico a disponer de cualquier espécimen o tejido tomado del menor mencionado anteriormente.

Firma del Padre o Guardian

Fecha: