



2019-2020

Registración de High School para el  
Ministerio de Jóvenes en Todos los Santos  
9300 Stonewall Road, Manassas VA 20110

Registración Temprana \$65.00 Después de Julio 8º Sera \$75.00

**Información del Estudiante**

Marque los Grupos de los Ministerios de cual quisiera recibir más información:

Sunday Life Teen	<input type="checkbox"/>	Boys CLC	<input type="checkbox"/>	Girls CLC	<input type="checkbox"/>
Whats Up Wednesdays	<input type="checkbox"/>	Agua y Luz	<input type="checkbox"/>	Teen Choir	<input type="checkbox"/>
Theater Ministry	<input type="checkbox"/>	Summer Mission	<input type="checkbox"/>	Fall Retreat	<input type="checkbox"/>

Nombre del Estudiante:

Dirección/Ciudad/Código Postal:

Teléfono de Casa:

Teléfono Móvil:

Correo Electrónico del Estudiante:

Fecha de Nacimiento:

Año de Graduación de H.S.:

Escuela que Asistes :

Tienes alguna condición médica que debamos saber?

**Información de Padres/Guardián**

Nombre de Padre 1:

Correo Electrónico de Padre 1:

Número de trabajo de padre 1:

Móvil de Padre 1:

Nombre de Padre 2:

Correo electrónico Padre 2:

Número de trabajo padre 2:

Móvil de Padre 2:

**Información Voluntaria para Adultos**

La participación de los padres es necesaria para mantener el éxito de este programa tan grande. Las oportunidades de voluntario serán enviadas por correo electrónico al momento que se necesite. La mayoría de las oportunidades requieren la certificación de VIRTUS.

**Tiene Certificación de VIRTUS: Si No**

**Liberación 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 Médica**

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 hijo 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 Guardián

Fecha: