



2019-2020

**Registración de Middle School para programas
del Ministerio de Jóvenes en All Saints**

9300 Stonewall Road, Manassas VA 20110

Registración Temprana \$40.00

Después de Julio 8º Sera \$50.00

Información del Estudiante

Nombre del Estudiante:	
Dirección/Ciudad/Código Postal:	
Telefono de Casa:	Telefono Movil:
Correo Electronico del Estudiante:	
Fecha de Nacimiento:	2019-20 Nivel de Grado:
Escuela que Asistes :	
¿Tienes alguna condición médica que debamos conocer?	

Información de los Padres/Guardián

Nombre de madre:	Esta Certificada de Virtus?
Correo electronico de madre:	
Celular de madre:	Numero de trabajo:
Nombre de padre:	Esta Certificado de Virtus?
Correo electronic de padre :	
Celular de padre:	Numero de trabajo:

Información de Voluntaria para Adultos

La participación de los padres es necesaria para mantener el éxito de este programa grande. Tome un momento para ver en que oportunidades puede tomar un tiempo para ser voluntario(a).

Chaperón para las Salidas Mensuales	<input type="checkbox"/>	Conductor para las Salidas (#de cinturones de seguridad: ___)	<input type="checkbox"/>
Registros de inicio (Viernes 7:15pm-7:45pm)	<input type="checkbox"/>	Registros al terminar (Viernes 8:45pm-9:15pm)	<input type="checkbox"/>
Actualizar los Boletines con anuncios mensuales	<input type="checkbox"/>	Trabajos de oficina/entrar data (2hrs cada otra semana)	<input type="checkbox"/>
Chaperon para MS Mania	<input type="checkbox"/>	Servidor de comida (set up & servir la cena, limpiar)	<input type="checkbox"/>

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 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 Guardián:	Fecha:
-----------------------------	--------