



**Permiso Paterno Para Menores**

**Programa** Confirmación I/II  
**Lugar** Saint Boniface Church  
**Fecha** Junio 2006-Junio 2007

Nombre del(a) Joven \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Nombre del Padre o Tutor \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Yo, padre (tutor) del menor que figura más arriba, doy permiso para que aprticipa en las actividades mencionadas. Estoy conforme en que mi hijo (a) cumpla las normas que dicte la parroquia, escuela, o personal diocesano responsable de estas actividades.

Como condición para la participación de mi hijo(a), yo exonero a la Diócesis de Orange, a sus organizaciones, incluida pero no limitada a The Roman Catholic Bishop of Orange, a Corporation Sole, a sus funcionarios, empleados, y voluntarios, de cualquier reclamación por daños personales, o daños a la propiedad que puedan resultar de su participación en la actividad descrita más arriba, a pesar de que los daños ocasionados hayan sido producidos por negligencia, activa o pasiva, de cualquiera de las entidades o personas nombradas.

Estoy conforme en que si mi hijo (a) resultase lesionado/a debido a su participación en las actividades mencionadas, o durante su transporte a o desde las mismas, aunque haya sido debido a negligencia, activa o pasiva, de la parroquia, la escuela, o el programa diocesano, o de cualquiera de sus agentes o empleados, el pago de los costos hospitalarios, medicos o dentales serán atendidos en primer lugar por los seguros de accidentes, hospitalarios, medicos o dentales que tengamos suscritos yo o mi esposo (a). No estoy enterado de que mi hijo(a) tenga alguna condición médica que le impida participar adecuadamente en cualquier actividad.

Autorizo a que se hagan fotografías, reportajes gráficos, o grabaciones de la actividad en las que figure mi hijo(a), así como la publicación o reproducción de las mismas. Renuncio, por tanto, a cualquier compensación o a cualquier derecho que pudiera tener, o a limitar y controlar la realización o el uso de tales registros.

Yo autorizo a que medicos, enfermeras, dentistas, o personal sanitario seleccionados por el personal al cargo de la actividad, presten el apropiado tratamiento médico o dental.

Firma del Padre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Información Médica**

Médico Familiar \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Compañía de Aseguranza \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos o comida \_\_\_\_\_ Restricciones Médicas \_\_\_\_\_

¿Está la persona bajo cuidado psicologico?  Sí  Nó

Medicamentos, tipo de sangre, u otra información médica importante:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Cuota de Registración**    Una Persona \$70.00    Dos Personas \$120.00    Trés \$160.00  
 Cuarta persona + 40.00

\*Al tiempo de Registración usted debe presentar una copia del Registro de Bautismo y Primera Comunión, y pago completo.

<b><u>PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE</u></b>		Total Family fee _____
Total Number of Students Registered _____		Amount Paid _____
Receipt Number: _____		Amount Owed _____
Names of family members in the Confirmation Program		
Name _____	Group _____	Relation _____
Name _____	Group _____	Relation _____
Name _____	Group _____	Relation _____
<b>Documents Presented</b> <input type="checkbox"/> Baptismal Certificate <input type="checkbox"/> First Communion Certificate		
<b>Notes</b>		
<input type="checkbox"/> RCIA		

**SERVICE HOURS LOG**  
(For office use only)

Liturgy			
Date	Hours	Description	Authorized Signature
Parish			
Date	Hours	Description	Authorized Signature
Community			
Date	Hours	Description	Authorized Signature

Registered in Computer