

San Pablo

Registracion para el Grupo Juvenil

2017 – 2018

27 de Septiembre al 9 Junio

*Escuela Secundaria (grados 6 – 8) reunion tardes de Miercoles de 3:30 – 5 pm.
Preparatoria Jovenes (grados 8 – 12) reunion noches de Domingo de 6:30 – 8 pm*

Participante#1 (Nombre y Apellido) _____ fecha nac.. _____ Grado _____

Participante #2 _____ fecha nac. _____ Grado _____

Participante #3 _____ fecha nac. _____ Grado _____

Direccion de correo _____ Ciudad _____ C.P. _____

Cual es la major manera de localizar a cada joven?
(Celular, Texto, Facebook, correo electronicol, mensaje en casa)

Informacion sobre noticias y eventos, a menudo se publica en nuestra pagina
“**San Pablo Grupo Juvenil de Silverton**” Esta pagina es solo para propositos
del Grupo de Jovenes de San Pablo, y no para comunicacion personal. Su hijo
tiene permitido usar Facebook?

Circule uno: **SI** **NO**

Telefono de casa _____ Telefono celular (padres / hijo) _____

Correo electronico (Padres) _____ Correo electronicol (hijo) _____

Nombre del Padre/ Tutor: _____

Le gustaria recibir informacion por correo de Nuestro programa de Confirmacion?

SI **NO**

Ayuda de los Padres. Es escencial para nuestro programa que esten dispuestos
a ser voluntarios para ayudar en eventos como Lideres de grupo , o para traer
bocadillos.

Información de Aseguranza Medica

Escriba los medicamentos que su hijo(a) este tomando actualmente:

Nombre niño	Medicamento	Dosis	Razon
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Cualquier condicion medica, social o problemas de comportamiento que
deberiamos de estar enterados, Necesidades especiales o areas en la que
podamos mantenernos en oracion? _____

Doctor de la familia _____

Teléfono _____

Informacion de Aseguranza Medica:

Nombre del Proveedor (Compañia Aseguradora)

Poliza o Numero del Grupo _____

Nombre del Participante _____

En caso de Emergencia, porfavor contacte a:

Nombre	Relacion	Numero de telefono
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

Doy mi permiso para que puedan publicar fotos de mi hijo (a) en nuestra pagina
segura de Facebook (Solo miembros aprovados pueden verla). **SI** **NO**

Doy mi permiso para que fotos de mi hijo (a) se publiquen en el sitio web de la
parroquia.

SI **NO**

*En un caso poco probable de emergencia, Yo doy mi permiso a los empleados y
voluntarios de la Parroquia de San Pablo para tomar la accion medica necesaria .*

Firma del Padre _____ Fecha _____

Registracion para Jovenes del grado 6 – 12: \$20 c/u
Familias de 3 o mas Jovenes en grados 6 – 12: \$50

Esta cantidad por niño no se convina con estudiantes en los grados K – 5.