

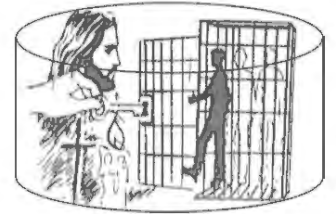
# "UN ENCUENTRO DE AMOR"

## RETIRO PARA JÓVENES



De 14 a 17 años  
Del 23 al 25 de Agosto del 2019

*Si tú eres un chico o chica que tiene la inquietud de conocer Más a Jesucristo, encontrarse consigo mismo, reflexionar sobre las Drogas, Sexo, Estudio, Familia... convivir con otros jóvenes y estas entre los 14 y 17 años este retiro es para ti.*



***El retiro es bilingüe/ the retreat is bilingual***

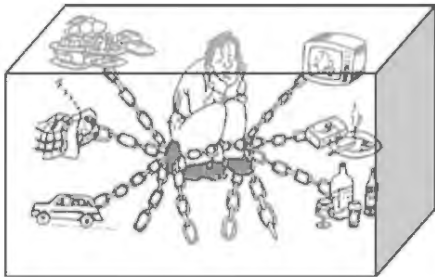
Requisitos: Entregar la solicitud **ANTES** del 10 de Agosto.

O envíala al 212 N San Joaquin St, Stockton, CA 95202

(Este retiro es solo para jóvenes que **no** han participado antes en este retiro)

**Dónde:** Centro de Retiros Madonna of Peace.

**Costo:** \$70.00 por persona.  
(Incluye comidas, dormitorio y materiales)  
Hacer cheque a Diócesis de Stockton



Para más información llama José López al (209) 546-7632 Claudia O 546-7627  
O puedes comunicarte con alguno de los servidores del grupo juvenil de tu parroquia

O envíala a: [jlopez@stocktondiocese.org](mailto:jlopez@stocktondiocese.org)

Invita la oficina de Pastoral Juvenil Hispana de la diócesis de Stockton

---

Para inscribirte regresa esta forma, llena la forma que está a la vuelta.

**PERMISO PATERNO PARA MENORES  
MINISTERIO CON ADOLESCENTES**

Hispanic Youth and  
Young Adult Ministries  
212 N San Joaquín Street  
Stockton, CA 95202

Nombre del joven: \_\_\_\_\_

**Forma de Permiso**

Yo, el suscrito, padre a tutor legal del joven arriba-nombrado, pido que se le permita participar, y doy mi permiso para su participación en el **Retiro para jóvenes adolescentes** de la Diócesis de Stockton. Yo por la presente libero a la Diócesis de Stockton y a sus empleados y voluntarios de responsabilidad alguna de todo daño que suceda al / la joven y por cualquier pérdida de propiedad como resultado de dicha actividad. Este permiso se da si el joven viaja en un vehículo privado a en transporte público.

**Forma de Permiso Medico**

Yo, el suscrito, padre o tutor legal de \_\_\_\_\_ un / a menor, por la presente nombro al chaperón coma agente mío con el objeto de autorizar, firmar y dar consentimiento para cualquier examen, radiografía, anestesia, diagnosis, tratamiento médico quirúrgico y / u hospitalización que sea considerado aconsejable y esto se hace bajo la supervisión general de un médico o cirujano con licencia bajo las provisiones del Acto Médico de Práctica y dicho médico es parte del personal médico del hospital más cercano ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento se haga en la oficina del médico o en el hospital.

Se entiende que esta autorización se da por adelantado a cualquier tratamiento requerido pero se hace para darle autoridad y poder al antes mencionado agente para que él / ella de su consentimiento a dicho examen, tratamiento médico y / u hospitalización que cualquier medico ejercitando su mejor juicio considere aconsejable.

Esta autorización sé da conforme a las provisiones de la Sección 25, 8 del Código Civil de California y permanecerá en efecto desde el **23 al 25 de Agosto del 2019** a menos que sea revocado antes y por escrito por dicho agente.

Firma del padre a tutor legal:

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre a tutor legal)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Dirección) (Ciudad) (Código postal)

Parroquia a la que asiste: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA**

Nombre completo del joven: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

En caso de accidente, llamar a: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono alterno: \_\_\_\_\_

Persona Alterna para llamar: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del médico: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Numero de póliza: \_\_\_\_\_

**Describir cualquier alergia (medicamentos, alimentos, picaduras de insectos, etc.) o limitaciones físicas.**

Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

Alergias a comidas: \_\_\_\_\_

Otras alergias: \_\_\_\_\_

Limitaciones físicas: \_\_\_\_\_

Actuales medicamentos que toma el joven: \_\_\_\_\_