

# St. Raphael's Church Religious Education Program Registration Form

## Forma de Registro del Programa de Educación Religiosa de la Iglesia San Rafael

Student Full Name / Nombre completo del Estudiante \_\_\_\_\_ Last Name / Apellido \_\_\_\_\_  
Male/Masculino   
Female/Femenina

Date of Birth / Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Birthplace/Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Age/ Edad \_\_\_\_\_ Sex / Sexo \_\_\_\_\_

Name of School / Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Grade / Grado \_\_\_\_\_ City / Ciudad \_\_\_\_\_

Is child baptized/Esta bautizado Yes/Sí  No

Address / Dirección \_\_\_\_\_ City / Ciudad \_\_\_\_\_ Zip Code / Código postal \_\_\_\_\_

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

Home Phone / Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Mom cell / celular de la madre \_\_\_\_\_ Dad cell / Celular del padre \_\_\_\_\_

Parent Email / Correo electrónico del padre \_\_\_\_\_

Father / Guardian Full name / Nombre completo del padre / Tutor \_\_\_\_\_ Religion/Religión \_\_\_\_\_

Mother / Guardian Full maiden Name / Nombre completo soltera Madre / Tutor \_\_\_\_\_ Religion/Religión \_\_\_\_\_

Living Arrangements (check one) / Arreglos de Vivienda (solo indique uno): Both Parents / Ambos padres

Father / Con el padre  Mother / Con la madre  Guardian / Con Tutor

Are there any custody issues or a restraining order in place? Yes  NO  If yes, please enclose a copy of the court order.

¿Hay alguna orden de restricción o custodia legal pendiente? Sí  No  En caso afirmativo, por favor proveer una copia de la orden judicial.

Are there any physical, mental, emotional, cognitive, or other limitations? Yes  NO  If yes please explain.

¿Hay alguna limitación física, mental, emocional, cognitiva u otra? Sí  No  En caso afirmativo, por favor indique.

Medical Precautions/Allergies If yes please explain: / Condiciones Médicas/Alegrías En caso afirmativo, por favor indique: Yes / Sí  No

Registered Parish/Registrado en que Iglesia \_\_\_\_\_

Persons authorized to be notified in case of an emergency or to pick up my child from the program in my absence.

Personas autorizadas en notificar en caso de emergencia o en llevarse a mi hijo/a del programa en mi ausencia.

Name/Nombre	Relationship/ Parentesco	Phone #/ # Teléfono

I hereby authorize the Location to use the following personal information about my child: / Por la presente autorizo a la Ubicación en utilizar la siguiente información personal sobre mi hijo: Name/Nombre \_\_\_\_\_

Please check the applicable boxes:/ Marque las casillas correspondientes;

Image /Imagen:  yes /si  no Name / Nombre:  yes / si  no

I understand and agree that my child's image, voice, name and/or work ("Personal Information") relating to the events or activities described above will be used for noncommercial purposes, including, but not limited to publicity, church bulletin and website. I understand and agree that my child's Personal Information may be copied, edited and distributed by the Location in publications, publications, emails messages, church bulletin and websites, or any other form now known or later developed. The Location may use the Personal Information at its sole discretion, with or without my child's name or with a fictitious name, and with accurate or fictitious biographical material. The Location will not use the Personal Information for improper purposes or in a manner inconsistent with the teachings of the Roman Catholic Church. I waive any right to inspect or approve any Materials that may be created using the Personal Information now and in the future. In exchange for the opportunity given to my child by the Location to participate in the activity, I agree that neither I, nor my child, will receive monetary compensation, royalties or credit. I understand and agree that the Location shall be the owner of all right, title and interest, including copyright, in the photographs, electronic recordings and Materials. If the Location intends to use the Materials for a commercial purpose, I will be provided at that time with information about the terms of the commercial use. Page 2 of 2 Copyright © 2014 Roman Catholic Archbishop of Los Angeles, a corporation sole. All rights reserved. Revised 2018 I hereby waive, release and forever discharge any and all claims, demands, or causes of action against the Location and its affiliated entities, employees, agents, contractors and any other person, organization, or entity assisting them with the photography, electronic recording or Materials, for damages or injuries in any way related to, or arising from the photography, electronic recording or Materials, or the use of the Personal Information, and I expressly assume the risk of any resulting injury or damage. I further understand and agree that this Authorization remains in effect until it is withdrawn in writing. I understand that if I change my mind about this Authorization, that I will submit another, new authorization form to the Location. However, my new authorization will not have the effect of revoking this Authorization, and the Location will have no duty or obligation to make any changes or alterations to any Materials that may have been prepared based on this Authorization. I represent that I have read this Authorization, understand the contents and am able to grant the rights and waivers it contains. I understand that the terms of this Authorization are contractual and not mere recitals. I am signing this document freely and voluntarily. I am not aware of any physical or medical condition my child has that would prevent my child from participating fully in this activity. If my child needs to take medication while participating in this activity, I hereby give my child permission to self-administer his/her medication in accordance with the Medication Authorization and Permission Form, and, if my child cannot self-administer, I give permission to the responsible staff members or chaperones to administer or to assist in the administration of my child's medication. I also give permission to the responsible staff members, chaperones, medical practitioners and medical facilities to use their judgement in obtaining and providing medical treatment for my child should it become necessary to do so. I understand that health insurance benefits through the Location, if any, may have limited application, and that I am entirely responsible for the cost of all medical treatment provided to my child. I agree to reimburse the Location for the cost of any medical treatment and related expense incurred. Release of Liability: As a condition of participating in this activity, I hereby hold harmless, release and discharge The Roman Catholic Archbishop of Los Angeles, a corporation sole, Archdiocese of Los Angeles Education & Welfare Corporation and the Location, their respective agents and employees and any parent/volunteer/chaperone, from any and all liability, loss or claims for personal injuries, wrongful death or property damage that I or my child may suffer as a result of participation in the activity described above.

Entiendo y acepto que la imagen, la voz, el nombre y/o el trabajo de mi hijo ("Información Personal") relacionados con los eventos o actividades descritas anteriormente se utilizarán con fines no comerciales, incluyendo, pero no limitado a publicidad, boletín de la iglesia y sitio web. Entiendo y acepto que la Información Personal de mi hijo puede ser copiada, editada y distribuida por la Ubicación en publicaciones, boletines de la iglesia y sitios web, o cualquier otra forma ahora conocida o desarrollada más tarde. El Lugar puede utilizar la Información Personal a su entera discreción, con o sin el nombre de mi hijo o con un nombre ficticio, y con material biográfico exacto o ficticio. El Lugar no utilizará la Información Personal para fines impropios o de una manera inconsistente con las enseñanzas de la Iglesia Católica Romana. Renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar cualquier Material que pueda ser creado usando la Información Personal ahora y en el futuro. A cambio de la oportunidad dada a mi hijo por el Lugar de participar en la actividad, estoy de acuerdo en que ni yo, ni mi hijo, recibiré compensación monetaria, regalías o crédito. Entiendo y estoy de acuerdo en que el Lugar será el propietario de todos los derechos, títulos e intereses, incluidos los derechos de autor, en las fotografías, grabaciones electrónicas y Materiales. Si el Lugar tiene la intención de utilizar los Materiales con fines comerciales, se me proporcionará en ese momento información sobre los términos del uso comercial. Página 2 de 2 Copyright 2014 Roman Catholic Archbishop of Los Angeles, a corporation sole. Todos los derechos reservados. Revisado 2018 Por la presente renuncio, libero y libero para siempre cualquier reclamo, demanda o causa de acción contra el Lugar y sus entidades afiliadas, empleados, agentes, contratistas y cualquier otra persona, organización o entidad que les ayude con la fotografía, registro electrónico o Materiales, por daños o lesiones de cualquier manera relacionadas con, o derivadas de la fotografía, grabación electrónica o Materiales, o el uso de la Información Personal, y asumo expresamente el riesgo de cualquier lesión o daño resultante. Además, entiendo y estoy de acuerdo en que esta autorización sigue en vigor hasta que se retire por escrito. Entiendo que si cambio de opinión sobre esta Autorización, presentaré otro nuevo formulario de autorización a la Ubicación. Sin embargo, mi nueva autorización no tendrá el efecto de revocar esta Autorización, y el Lugar no tendrá ningún deber u obligación de hacer cambios o alteraciones a ningún Material que pueda haber sido preparado en base a esta Autorización. Represento que he leído esta Autorización, entiendo el contenido y soy capaz de conceder los derechos y renuncias que contiene. Entiendo que los términos de esta Autorización son contractuales y no meros considerandos. Estoy firmando este documento libre y voluntariamente. No soy consciente de ninguna condición física o médica que mi hijo tenga que le impida participar plenamente en esta actividad. Si mi hijo necesita tomar medicamentos mientras participa en esta actividad, por la presente le doy permiso a mi hijo para auto administrarse sus medicamento de acuerdo con el formulario de autorización y permiso de medicamentos, y, si mi hijo no puede auto administrarse, doy permiso a los miembros del personal responsable o chaperones para administrar o ayudar en la administración de la medicación de mi hijo. También doy permiso a los miembros responsables del personal, chaperones, profesionales médicos e instalaciones médicas para que utilicen su criterio en la obtención y prestación de tratamiento médico para mi hijo en caso de que sea necesario hacerlo. Entiendo que los beneficios del seguro de salud a través de la Ubicación, si los hay, pueden tener una aplicación limitada, y que soy totalmente responsable del costo de todo el tratamiento médico proporcionado a mi hijo. Estoy de acuerdo en reembolsar la Ubicación por el costo de cualquier tratamiento médico y gastos relacionados incurridos. Liberación de responsabilidad: Como condición para participar en esta actividad, por la presente declaro inofensivo, liberación y baja al Arzobispo Católico Romano de Los Ángeles, una corporación única, la Arquidiócesis de Los Ángeles Education & Welfare Corporation y la Ubicación, sus respectivos agentes y empleados y cualquier padre/voluntario/chaperón, de cualquier responsabilidad, pérdida o reclamación por lesiones personales, muerte por negligencia o daños a la propiedad que yo o mi hijo pueda sufrir como resultado de la participación en la actividad descrita anteriormente.

I the parent or guardian of the name child on this form, request that my child be permitted to participate in this faith formation program, whether conducted onsite or online. I understand that if it becomes necessary due to disruptive behavior, I may be asked to attend classes with my child on a weekly basis. No harmful or dangerous behavior will be tolerated. /Yo, el padre o tutor del nombre del niño en este formulario, solicito que se le permita a mi hijo participar en este programa de formación de fe, ya sea en el sitio o en línea. Entiendo que si llegue a ser necesario debido al comportamiento inapropiada, pueda ser requerido en que asista a clases con mi hijo/a semanalmente. No serán tolerados comportamientos dañinos o peligrosos.

Signature / Firma \_\_\_\_\_ Date / Fecha \_\_\_\_\_

Print name / nombre en molde \_\_\_\_\_

Office Use only/ Uso de oficina solamente				
Fee/Cuota	Registration/Inscripción \$ 80.00	Receipt #/# de recibo	Retreat/Retiro \$ 30.00	Receipt #/# de recibo
Amount/cantidad	_____	_____	_____	_____
Check/cheque	_____	_____	_____	_____
Date/Fecha	_____	_____	_____	_____