

PARTE "A"**TEEN ACTS RETREAT**

Adoración, Comunidad, Teología, Servicio

Matriculación/Consentimiento y Forma Renuncia de Responsabilidad*Imprimir por favor*

El Nombre del Participante _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección de casa: _____ Ciudad/Estado/Código _____
 Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____
 Sexo: ____ Grado: ____ Año de Graduación: ____ Escuela: _____
 Práctica de Católico: Sí No; Parroquia/Iglesia: _____ Ciudad: _____
 Tamaño de Camiseta (Tamaños Adultos) _____
 Nombre del los Padres/ Nombre del Guardián _____ Número de teléfono: _____
 Número de Negocio: _____ Número de teléfono Celular: _____

Yo, _____ concedo el permiso para mi adolescente, _____
 participar en este acontecimiento de ministerio juvenil incluso el transporte como requerido. Esta actividad ocurrirá con
 los consejos y dirección de voluntarios adultos y juveniles de la Comunidad de ACTOS.

Los objetivos del ACTOS Adolescente son para profundizar la relación de una persona con Jesucristo entre la interacción
 de juventud y adultos. Incluir cuestiones religiosas, espirituales, morales y sociales, entre oración y compartir de
 escritura, y entre juegos físicos y ejercicios.

La marcha del ACTOS Adolescente comienza en el Centro de Marcha atrás de Obispo DeFalco 2100 N. Primavera en
 Amarillo el jueves en la tarde y termina el domingo después de misa que cierre y recepción. La cuota de la marcha es
 \$175.00. El ACTOS Adolescente está abierto a los adolescentes que tienen 15 años o mayor y completado por lo menos
 de un semestre de la escuela secundaria.

Como el padre y/o guardián legal, quedo responsable legalmente de cualquier tomada acción personal por el
 adolescente menor llamado antedicho "participante".

Estoy de acuerdo de parte de mí, mi adolescente llamado aquí, nuestros herederos, sucesores y adjudica para sostener
 inocuo y defender el Centro de Marcha del Obispo DeFalco, sus oficiales, directores y agentes, la Diócesis de Amarillo, y
 voluntarios de ACTOS de alguno y toda la responsabilidad de enfermedad, daño o muerte que ascendes de o en relación
 de mi adolescente que asiste al acontecimiento llamado y consiento a compensar el centro de marcha, sus oficiales,
 directores y agentes y la Diócesis de Amarillo o representante asociado con el acontecimiento para honorarios del
 abogado razonable y gastos en la unión con lo mismo.

Firma del Padre o Guardián: _____

Una respuesta incitador es recomendada porque los registros son hechos en un primer recibido, primero servida sin tener en cuenta cuando su
 nombre fue presentado o si usted es pagado por adelantado. Usted recibirá una carta dos semanas antes de la descripción de la marcha de lo que
 usted tendrá que traer para la marcha. Para más información de registro o la marcha, póngase en contacto con Cindy Cross en 806-655-3583.

Por favor enviar por correo su forma de registro (PARTES A y B) a:

ACTS Retreat
 P.O. Box 30701
 Amarillo, TX 79120

POR FAVOR INCLUYA LOS HONORARIOS de \$175.00

(Un depósito mínimo de \$100.00 se requiere que sea puesto a la lista; el total de \$175.00 son debidos antes de la marcha.) Hagan sus pagos de
 chequera a: ACTS Retreat

Si cancelación hecha una semana después de la marcha, \$100.00 de los honorarios de marcha serán retenidas

PARTE "B"

**TEEN ACTS RETREAT
CONSENTIMIENTO MÉDICO Y PERMISO DE TRATAR**

Al mejor de mi conocimiento, mi adolescente, _____, está en la salud buena, y asumo toda la responsabilidad de la salud de mi adolescente. Tratamiento Médico de Emergencia: En caso de una emergencia, por este medio concedo el permiso de transportar a mi adolescente a un hospital para tratamiento de la emergencia médico . Sí No (Hospital Preferido _____)
Deseo ser aconsejado antes de algún tratamiento por el hospital o doctor. Sí no

Nombre del Padre/Guardián: _____

Dirección de casa: _____

Numero de teléfono: (____) _____ Número de teléfono Comercial: (____) _____

Número de teléfono celular: (____) _____ Buscapersonas: (____) _____

Si usted es incapaz de alcanzarme, por favor póngase en contacto:

Nombre _____

Relación a mí o mi adolescente: _____

Número de teléfono: (____) _____ Número de teléfono Comercial: (____) _____

Doctor de Familia: _____ Número de teléfono: _____

Por favor incluya una fotocopia de su Tarjeta de Seguros (frente y atrás).

• Portador de Seguros: _____ Número de Política: _____

• Tiene permiso mi adolescente a tomar medicina disponible sin receta del médico (como pastillas para la tos, jarabe para la tos, tylenol, y etcétera) si necesita, traerá todas las medicinas en sus contenedores originales. Sí No

• Entiendo que la aspirina no será dada a mi adolescente sin el permiso expreso. Por este medio concedo tal permiso: Sí No. Mi adolescente es alérgico al siguiente (medicaciones, comida, plantas, insectos, etcétera.) _____

• Las inmunizaciones de mi adolescente son corrientes y modernos: Sí No

• La última inmunización de tétanos/difteria de mi adolescente es: _____

• Mi adolescente tiene las limitaciones físicas siguientes: _____

• Mi adolescente tiene las alergias de alimento siguientes: _____

el desmayo de, cama mojada, etcétera. Sí No Si contestan sí, por favor explique: _____

• Mi adolescente ha sido recientemente expuesto a una enfermedad contagiosa o condición como paperas, sarampión, varicela, etcétera. Sí No Si contestan sí, por favor declare la fecha y la enfermedad o la condición: _____

• Mi adolescente sufre de una condición psicológica que puede afectar o limitar su capacidad de participar en esta actividad. Sí No Si contestan sí, por favor explique. _____

Firma de Padre o

Guardián _____ Fecha _____