



Iglesia de San Roberto Belarmino

Registro CCD 2021-2022



INFORMACIÓN DEL NIÑO:

Nombre del Niño: _____ CCD Grado: _____
 Edad : _____ Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Género : M F
 ⇒ Por favor revise los sacramentos ya recibidos: Bautismo Primera Comunión Confirmación
 Fecha de Bautismo: _____ Lugar: _____
 Fecha de la Primera Comunión: _____ Lugar: _____
 Fecha de Confirmación: _____ Lugar: _____

INFORMACIÓN DEL FAMILIA:

Nombre de la Madre: _____ Religión de la Madre: _____
 Nombre del Padre: _____ Religión del Padre: _____
 El niño vive con: Ambos Padres Madre Sólo Padre Sólo Guardián _____
 Miembros de la parroquia de San Roberto: Sí No Si no, nombre de la parroquia: _____
 ¿Estás casado por la Iglesia?: Sí No Si no, ¿te gustaría casarte?: Sí No
 Dirección Postal: _____ Ciudad : _____ Código Postal _____
 Teléfono celular de la Madre #: _____ Teléfono celular del padre #: _____
 Correo electrónico de la Madre: _____
 Correo electrónico del Padre: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA:

En caso de una emergencia y no podemos ponernos en contacto con usted, **solo contactos locales** :
 Nombre: _____ Relación con el niño: _____
 Teléfono: _____ ¿Permiso para recoger?: Sí No
 Nombre: _____ Relación con el niño: _____
 Teléfono: _____ ¿Permiso para recoger?: Sí No

PADRE/GUARDIAN CONSENTIMIENTO Y FAMILIA CONTRATO:

Como padre, reconozco la responsabilidad que tengo de transmitir la fe católica a mi hijo. Compartiré y modelaré mi relación con Jesús con mi hijo orando diariamente con mi hijo, llevando a mi hijo a misa todos los domingos, participando regularmente y sirviendo a los demás.

Al registrar a mi hijo, reconozco que he leído las Reglas para padres y estudiantes y acepto todo lo que contiene. Si no entiendo las reglas del CCD o tengo preguntas sobre el ambiente seguro, la liberación de fotos o cualquier otra política, me comunicaré con la oficina parroquial.

Padre/Guardián Nombre Impreso: _____
 Padre/Guardián Firma: _____

Para Oficina: Fecha de Inscripción: _____ Grado CCD 2020-2021: _____
 Certificado de Bautismo Reglas para padres y estudiantes Lanzamiento de video/foto/medios/audio
 Formulario de permiso para jóvenes/liberación médica Exención de responsabilidad de adultos (Sacramentales)
Inscripción - \$40/niño, \$80/2 niños, \$100/3 o más niños \$ _____ Pagado Cheque Dinero Crédito

San Roberto Belarmino

512 Tegner Street
El Campo, Texas 77437

Phone (979) 543-4298

philip.l.brune@gmail.com

Cofradía para la Doctrina Cristiana (CCD) **Reglas y expectativas para padres y estudiantes**

Expectativas:

- ❖ La Iglesia reconoce a los padres como los principales educadores de sus hijos, ya que son los primeros maestros en la vida de sus hijos. Según los obispos de Estados Unidos, los padres tienen el "derecho y el deber" de estar íntimamente involucrados en la preparación sacramental de sus hijos. Esta obligación surge del compromiso asumido por los padres en el bautismo del niño de formarlos en la fe católica.
- ❖ Se espera que todos los padres de niños que se preparan para celebrar los sacramentos participen en la asistencia a misa juntos, las clases de formación familiar, las experiencias familiares y las celebraciones de los sacramentos.
- ❖ A los padres y estudiantes se les dará un horario para el año con las fechas de clase.
- ❖ La cuota de inscripción para 28 clases de CCD es de \$ 40 por niño (\$80 para 2 niños, \$100 para 3 o más niños). Esto no se acerca a cubrir nuestros gastos para CCD.

Horarios de formación para la Primera Comunión 1 & 2:

- Nuestras sesiones de formación de CCD de primera comunión 1 y 2 se reunirán los domingos por la mañana. Las familias llegarán para la clase antes de las 11:45 AM. Después de este tiempo, se consideran tarde y no son aceptados en clase. Las llegadas tardías se marcarán, y dos llegadas tardías contarán como ausencia. Con tres ausencias injustificadas, el niño será despedido del CCD. Padres, por favor hablen con el maestro de su hijo si se ausentarán por alguna razón.
- Las sesiones de formación comenzarán a las 11:45 AM y continuarán hasta la 1 PM cuando caminemos para la Misa y nos sentemos juntos como un grupo. Todos están obligados a vestirse apropiadamente para la Santa Misa. Aquellos capaces de recibir la Comunión estarán recibiendo el Cuerpo de Cristo y deben vestirse y actuar en consecuencia. Los padres, recuerden ayunar durante una hora antes de recibir la Sagrada Comunión y que el chicle rompe el ayuno. Después de la misa, las familias serán despedidas.
- Primera Comunión 1 y 2 los niños y los padres están obligados a ir a misa todos los domingos a la 1 PM en familia y deben observar los Días Santos de la Obligación. Si se pierden tres misas sin explicación al catequista, el estudiante será despedido del programa CCD y tendrá que comenzar la formación de nuevo el año siguiente.

Horarios de formación para la Confirmación 1 & 2:

- Nuestras sesiones de formación de confirmación 1 y 2 CCD se reunirán los domingos por la mañana. Las familias llegarán a misa entre las 8:30 AM y las 9:00 AM. Todos están obligados a vestirse apropiadamente para la Santa Misa. Aquellos capaces de recibir la Comunión estarán recibiendo el Cuerpo de Cristo y deben vestirse y actuar en consecuencia. Recordar ayunar durante una hora antes de recibir la Sagrada Comunión y que masticar chicle rompe el ayuno.
- Las sesiones de formación comenzarán a las 10:15 AM y continuarán hasta las 11:30 AM.
- Con tres ausencias injustificadas, el niño será despedido del CCD. Padres, por favor hablen con el maestro de su hijo si se ausentarán por alguna razón.
- Confirmación 1 y 2 los niños y los padres están obligados a ir a misa todos los domingos a las 9 am como una familia y nos sentamos juntos como un grupo, también debemos observar los Días Santos de la Obligación.
- Si se pierden tres misas sin explicación al catequista, el estudiante será despedido del programa CCD y tendrá que comenzar la formación de nuevo el año siguiente.

Reglas de clase:

- No se permite chicles, alimentos o bebidas en las aulas y los profesores no deben llevar bocadillos o bebidas para los estudiantes.
- No se permiten armas, drogas, cigarrillos o productos de tabaco en el CCD.
- Los niños pueden llevar teléfonos celulares a clase, pero si el estudiante se encuentra usando su teléfono, entonces el maestro tomará el teléfono. El padre tendrá que obtener el teléfono del maestro después de pagar una multa de \$10. El dinero irá directamente a nuestro Fondo CCD.
- Si un niño se está comportando mal en clase, se le debe dar una advertencia. Si el mal comportamiento continúa, entonces serán enviados a la oficina. Los padres serán llamados, y el maestro y el padre deben reunirse después de la clase antes de que el niño sea despedido. Si un niño es enviado a la oficina tres veces durante el año escolar, el niño será despedido del CCD.
- Ningún niño será despedido del CCD sin reunirse primero con el padre Philip y el catequista.

Comunicación:

- Los métodos de comunicación de CCD incluirán publicaciones en el sitio web de la iglesia, Facebook y Flocknote. La oficina enviará periódicamente mensajes a través de Flocknote con respecto a eventos y reuniones importantes. Al proporcionar sus números de teléfono celular en el formulario de registro, los padres dan su consentimiento para recibir notificaciones de texto del programa. Además, los formularios esenciales, documentos, anuncios, información, etc. se publicarán en nuestro sitio web, <https://sanrobertochurch.org/>
- Además, se les pide a los padres que notifiquen a la oficina de cualquier cambio con correos electrónicos, números de teléfono, direcciones o cualquier otro problema que afecte al estudiante para mantener la base de datos actualizada.

Emergencias y Cancelaciones:

- En el caso de una situación meteorológica u otro evento que cause la cancelación de la clase, se enviará un Flocknote. También encontrará la información publicada en nuestra página de Facebook de la iglesia.

He leído y entendido las reglas anteriores y las acataré. También estoy de acuerdo en aceptar las consecuencias enumeradas anteriormente si yo o mi hijo no observamos estas reglas.

Firma de los padres

Firma del niño

Fecha





The Catholic Diocese of Victoria in Texas

YOUTH PERMISSION FORM/MEDICAL RELEASE / FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO MÉDICO

NAME / Nombre: _____ Gender / Género: _____

Grade / Grado: _____ Address / Dirección: _____

City / Ciudad: _____ St/Zip / Estado/C.P. _____

Phone / Teléfono: (_____) _____ T-Shirt Size / Talla de Camiseta: _____

Age / Edad: _____ Birthdate / Fecha de nacimiento: _____

Parish/ Parroquia: _____ City/ Ciudad: _____

PARENT/LEGAL GUARDIAN'S NAME / NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL:

Address (if different than above) /Dirección (si es diferente al indicado arriba):

Phone / Teléfono (____) _____ Cell / Número de Celular: (____) _____

Work / Teléfono del Trabajo: (____) _____

I request and give my consent for my son/daughter, _____ to participate in all church/school sponsored activities from August 2021 through May 2022, sponsored by St. Robert's Catholic Church and/or by the Diocese of Victoria. I understand that my son/daughter will be under the supervision of diocesan and/or parish/school personnel. I give my permission to the personnel in charge of the activity to search my child's belongings, bag, backpack, or other container as deemed necessary. As parent or legal guardian I agree to defend, indemnify and hold harmless the Diocese of Victoria and St. Robert's Catholic Church, its clergy, officers, agents, employees and volunteers from any claims, costs or expenses for property damages, personal injuries, illness, disease (e.g. COVID-19), and/or other damages arising out of my son/daughter's participation in the above mentioned activity or during the transportation to and from the event. I grant permission for non-prescriptive medication (e.g. tylenol, throat lozenges, cough syrup, pepto-bismol, etc.) and routine nonsurgical medical care to be given to my son/daughter if deemed advisable by the supervising diocesan and/or parish personnel. In case of an emergency, I also grant permission to transport my child to the nearest hospital for emergency medical treatment and for an authorized adult sponsor to sign for treatment if I cannot be located.

Solicito y doy mi consentimiento para que mi hijo(a), San Roberto Belarmino, participe en todas las actividades de la iglesia/escuela desde agosto 2021 hasta mayo 2022, patrocinadas por la Diócesis de Victoria y/o San Roberto Belarmino. Entiendo que mi hijo (a) estará bajo la supervisión del personal diocesano y/o parroquial/escolar. En caso de que se considere necesario, autorizo al personal a cargo de la actividad a registrar las pertenencias de mi hijo(a) tales como las bolsas, mochilas o recipientes. Como padre o tutor legal, estoy de acuerdo en defender, indemnizar y eximir de responsabilidad a la Diócesis de Victoria y San Roberto Belarmino, sus clérigos, líderes, miembros del personal, empleados y voluntarios, de cualquier reclamo, costo o gasto por daños a la propiedad, lesiones personales u otros daños que se deriven de la participación de mi hijo(a) en la actividad mencionada o durante el trasladado de ida o de regreso del evento. Asimismo, autorizo a que le administren a mi hijo(a) medicación no recetada/de venta libre (p. ej., Tylenol, pastillas para la garganta, jarabe para la tos, Pepto-Bismol, etc.) y que, asimismo, le brinden atención médica rutinaria no quirúrgica a mi hijo, si lo considera conveniente el personal diocesano y/o parroquial que lo supervisa. En caso de una emergencia, doy permiso para trasladar a mi hijo al hospital más cercano para que reciba un tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. Además, concedo mi autorización para que uno de los adultos encargados del grupo firme para que mi hijo(a) reciba tratamiento en caso de que no puedan localizarme.

Date / Fecha

Parent's Signature / Firma del Padre/Madre/Tutor

My son/daughter is allergic to / Mi hijo(a) es alérgico a:

My son/daughter takes the following medication (name, dosage) / Mi hijo(a) toma los siguientes medicamentos (nombres, dosis): _____

This medication is for (medical condition) / La medicación es para (condición médica):

Medication that my son/daughter is allergic to / Mi hijo(a) es alérgico a estos medicamentos:

Last immunization/booster for Diphtheria/Tetanus / Fecha de las últimas vacunas/dosis de refuerzo de difteria y Tétanos: _____

Any specific medical problems / Problemas médicos específicos: _____

Any physical limitations / Limitaciones físicas: _____

Family Physician Name / Nombre de Médico de Familia: _____

Phone / Teléfono (_____) _____ Address / Dirección: _____

City/State/Zip / Ciudad/Estado/C.P.: _____

Name of Insurance Company / Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Phone / Teléfono (_____) _____

Address / Dirección: / _____ City/St/Zip / Ciudad/Estado/C.P. _____

Name of Insured / Nombre del Asegurado: _____

Policy / Número de Póliza # _____

Group or Plan # / Número de Grupo o Plan: _____

I do not have insurance at this time. / No dispongo de seguro médico en este momento.

Contacts in case of emergency and parent cannot be reached./ Contactos en caso de emergencia y no se puede localizar a los padres:

Name / Nombre: _____ **Cell Phone / Número de Celular (_____) _____**

Other Phone / Otro Número de Teléfono: (_____) _____

Name / Nombre: _____ **Cell Phone/ Número de Celular (_____) _____**

Other Phone / Otro Número de Teléfono: (_____) _____

My child may also be released to the emergency contact adults listed above after an event. (Please initial line)

Mi hijo también puede ser entregado a los adultos de contacto de emergencia mencionados anteriormente después de un evento. (Por favor, inicialice la línea)

My child has a valid driver's license and may drive to and from events. (Please initial line).

Mi hijo tiene una licencia de conducir válida y puede conducir hacia y desde eventos. (Por favor, inicialice la línea)

I understand it is my responsibility to read the Minimum Standard Health Protocols Checklist appropriate to my child's activity from the State of Texas website: <https://open.texas.gov/> (Please initial line).

Entiendo que es mi responsabilidad leer la Lista de verificación de protocolos de salud estándar mínima apropiada para la actividad de mi hijo en el sitio web del estado de Texas: <https://open.texas.gov/> (Por favor, ponga la línea inicial).



FORMULARIO DE PUBLICACIÓN Y COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE LAS REDES SOCIALES

Permiso Para la Publicación en Medios de Comunicación Social: Video/Fotos/Audio

Por medio de la presente concedo a _____ (Escuela/Parroquia/Entidad Diocesana) el derecho a realizar, utilizar y/o publicar todos y cada uno de los vídeos, fotos, audios y/u otras imágenes de mi hijo menor de edad _____ en las que pueda estar incluido, existentes en la actualidad o que se realicen en el futuro, en cualquier caso, con o sin identificarle a (él/ella) para fines editoriales, publicitarios, periodísticos, medios de comunicación social o cualquier otro propósito y en cualquier forma y medio.

Por medio de la presente concedo y acepto defender, indemnizar y exonerar de responsabilidad total e incondicionalmente a _____ (Escuela/Parroquia/Entidad Diocesana) y a la Diócesis de Victoria, su clero, funcionarios, agentes de la Iglesia, empleados y voluntarios de cualquier reclamación, costo o gasto por daños a la propiedad, lesiones personales u otros daños que puedan surgir de la participación de mi hijo menor de edad.

Entiendo que toda comunicación con mi hijo menor de edad estará directamente relacionada con una actividad aprobada por la Escuela / Parroquia / Entidad Diocesana. Además, entiendo que no habrá remuneración económica o de otro tipo por grabar a mi hijo menor de edad en fotos, videos, audio u otras imágenes para el uso de transmisión o reproducción inicial o posterior.

Por medio de la presente **doy permiso** para que mi hijo menor de edad aparezca en videos / fotos / medios / audio / otras imágenes. _____ Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha

Por medio de la presente **NO doy permiso** para que mi hijo menor de edad aparezca en videos / fotos / medios / tecnología / audio. _____ Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha

Permiso Para la Comunicación a Través de Medios Electrónicos

Se debe obtener el permiso por escrito de los padres / tutores para comunicarse a través de las redes sociales u otras comunicaciones electrónicas con un menor de edad. Los padres deben ser notificados de los métodos de comunicación que se utilizan en cada ministerio en particular y **DEBEN SER COPIADOS E INCLUIDOS EN DICHAS COMUNICACIONES**. Estas comunicaciones solo se utilizarán para fines ministeriales, como anuncios, programación de eventos y notificaciones similares.

Por medio de la presente **doy permiso** para que se contacte a mi hijo menor de edad a través de las redes sociales u otras comunicaciones electrónicas. _____ Firma del padre / tutor _____ Fecha

Por medio de la presente, **NO doy permiso** para que se comunique con mi hijo menor de edad a través de las redes sociales u otras comunicaciones electrónicas. _____ Firma del padre / tutor _____ Fecha

Si se concede el permiso, indique el método de contacto preferido por el padre / tutor legal y el menor:

Opción	Modo de comunicación	Información de contacto del tutor	Información de contacto del menor
	Mensajes de Texto		
	Correo Electrónico		
	Celular		



ADULTO RESPONSABILIDAD EXONERACION

Todos los participantes adultos, incluidos los líderes de grupo, acompañantes, catequistas y otros voluntarios, que trabajan o se ofrecen como voluntarios con menores en cualquier capacidad deben firmar este formulario.

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, _____ (nombre completo del participante adulto), acordar en mi nombre, mis herederos, cesionarios, albaceas y representantes personales mantener indemne y defender _____ San Roberto Belarmino (parroquia), Diócesis de Victoria, sus funcionarios, directores, agentes, empleados o representantes de cualquier y toda responsabilidad por enfermedad, enfermedad (e.g. COVID-19), lesión, o muerte que surja de o en conexión con mi participación en la actividad que puede tener lugar a partir de agosto 2021 (fecha de comienzo) to mayo 2022 (fecha final).

LIBERACIÓN MÉDICA

En el caso de que requiera tratamiento médico y no pueda comunicar mis deseos a los médicos tratantes u otro personal médico, doy permiso para que se administre el tratamiento de emergencia necesario. Por favor, avise a los médicos que tengo las siguientes alergias:

Compañía de seguros de salud: _____

Número de identificación del seguro: _____ Número de póliza: _____

En caso de una emergencia y para obtener permiso para el tratamiento más allá de los procedimientos de emergencia, por favor póngase en contacto con:

Nombre: _____

Relación conmigo: _____

Teléfono diurno: _____ Teléfono nocturno: _____

Firma

Fecha

Nombre impreso