

# Iglesia Católica de St. Columba

## Oficina de Educación Religiosa

### Forma de Consentimiento de los Padres

Esta forma debe completarse y ser entregada a la Oficina de Educación Religiosa antes de que empiece el programa de Formación Religiosa el 23 de Agosto. Ningún niño/a será admitido hasta haber completado la Forma de Consentimientos de los Padres y la Forma de Información Médica. Gracias por su cooperación y pronta respuesta en completar y entregar esta forma.

**Yo,** \_\_\_\_\_, soy el Padre/tutor de los siguiente/es niños, participantes de los programas de Educación Religiosa, Ministerio Hispano y Grupo Juvenil en la Iglesia Católica de St. Columba.

Nombre completo de los niños/as:	Grados Escolares 2017-2018
----------------------------------	----------------------------

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Entiendo que estoy obligado a leer las políticas y normas que figuran en el manual de Políticas y Procedimientos (incluida la política sobre el uso del teléfono celular), los cuales serán distribuidos en agosto de 2017. Al inscribirse los niños de mi familia en los programas de formación de la Iglesia Católica de St. Columba, el Ministerio Hispano y Grupo Juvenil para el año académico 2017 - 2018, comenzando el 1 de Agosto de 2017, hasta el 30 de Julio de 2018. Doy mi consentimiento para cumplir con las políticas establecidas en el manual. Entiendo que el incumplimiento del manual podría llevar a cabo acciones disciplinarias, incluyendo, en casos extremos, el despido de mi hijo del el programa de catequesis.

Entiendo que Yo soy el responsable de compartir las reglas, regulaciones y otras informaciones importantes en el manual con mi hijo/a.

Permito que mi hijo/a participe de las actividades que ofrece St. Columba en el desarrollo del programa de Formación Religiosa y Grupo Juvenil durante el año escolar de Agosto 2017 a Julio 2018.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
Padres/ Tutor

En St. Columba usamos variedad de métodos de comunicación con los padres de familia y jóvenes. Utilizamos los siguientes métodos, por favor marque con una X en los que usted apruebe para comunicarnos según las políticas de la Arquidiócesis de Mobile.

Facebook   
  Email   
  U.S. Mail   
  Phone   
  Text Messages

Por favor marque con una X en algunos de los siguientes métodos que usted apruebe para el uso de imágenes y fotografías de los estudiantes, que podamos utilizar en St. Columba de acuerdo con las normas de la Arquidiócesis de Mobile.

Carteleras   
  Boletines   
  Semana Católica (periódico)  
 Página de internet de la Parroquia   
  Facebook (Closed Acct)

**POR FAVOR COMPLETE LOS DOS LADOS DE ESTA FORMA.**

**Por favor devuelva esta forma a la Oficina de Educación Religiosa antes del 23 Agosto 2017.**

## Forma de Información Médica

A QUIEN PUEDA INTERESAR: Como padre de familia y / o tutor, autorizo el tratamiento, por un médico calificado y autorizado, del siguiente menor (es) en el caso de una emergencia médica que, en opinión de los médicos tratantes, puede poner en peligro sus vidas, causar molestias, desfiguración, impedimento físico o malestar excesivo. Esta autoridad se otorga sólo después de un esfuerzo razonable por contactarme.

Nombre del Menor \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre del Menor \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre del Menor \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre del Menor \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre del Menor \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre del Menor \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Esta forma se hará efectiva desde Agosto 2017 hasta Julio 2018.

Esta forma ha sido diligenciada y firmada por mi propia responsabilidad con el solo fin de autorizar tratamiento médico bajo solo situaciones de Emergencia en mi ausencia.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_

Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

En una situación de emergencia ¿con quién podemos comunicarnos (diferente a los padres)?

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

\_\_\_\_\_  
(Relación)

\_\_\_\_\_  
(Teléfono)

Alergia a específicas comidas, medicamentos, enfermedades crónicas, discapacidades físicas o mentales u otras condiciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

POR FAVOR COMPLETE LOS DOS LADOS DE ESTA FORMA.