

**PROGRAM REGISTRATION FORM/
PLANILLA DE INSCRIPCIÓN**

The Cluster Parishes of
 ___ St. Catherine – Ravenna
 ___ St. Francis Xavier – Conklin
 ___ St. Joseph – Wright

Fees - \$50/student, \$80/family

Email: _____ Other Please List _____

Participant Data / Datos del Participante

Name / Nombre				
Address / Dirección				
City / Ciudad		State & Zip Code / Estado y Código Postal		
Telephone / Teléfono	Day / Día:	Evening / Tarde:		
Age / Edad	Age / Edad:	Birthdate / Fecha de Nacimiento:		
Language / Idioma	Speak / Habla:	Read / Lee:		
Sacraments Received / Sacramentos Recibidos	Yes/Sí	No/No	Yes/Sí	No/No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Church of Baptism/Baptismo				

Custodial Parents Data (if applicable) / Datos de los Padres Custodiales (si aplica)

Name of Father / Nombre del Padre <input type="checkbox"/> Legal Custody				
Address / Dirección (if different from above)				
City / Ciudad		State & Zip Code / Estado y Código Postal		
Telephone / Teléfono	Day / Día:	Evening / Tarde:		
Language / Idioma	Speak / Habla:	Read / Lee:		
Name of Mother / Nombre de la Madre <input type="checkbox"/> Legal Custody				
Address / Dirección (if different from above)				
City / Ciudad		State & Zip Code / Estado y Código Postal		
Telephone / Teléfono	Day / Día:	Evening / Tarde:		
Language / Idioma	Speak / Habla:	Read / Lee:		
***** Family (Parent) Email				

Emergency Contact / Contacto en Caso de Emergencia

Name / Nombre			
Telephone / Teléfono	Home / Casa:	Work / Trabajo:	
Relation to Participant / Relación al Participante			
Languages / Idiomas	Speak / Habla:	Read / Lee:	

Medical Information / Información Médica

<p>List medical information about participant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allergies - Medication (name & dose) - Glasses or contact lenses - Other important commentary - Disabilities - Dietary Needs <p>Coloca información médica sobre el participante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alergias - Medicina (nombre y dosis) - Anteojos o lentes de contacto - Otro comentario importante 	
---	--

Family Physician Data / Datos del Médico Familiar

Name / Nombre			
Address / Dirección			
City / Ciudad		State & Zip Code / Estado y Código Postal	
Telephone / Teléfono			

Health Insurance Data / Datos de Seguridad de Salud

Company / Compañía			
Policy Number / Número de Póliza			
Group Number / Número del Grupo			
Contract Number / Número de Contrato			

Medical Treatment Release / Potestad a Tratamiento Médico

<p>As a parent/guardian, I do hereby authorize the treatment by a qualified and licensed physician of any condition, which, in the opinion of the physician, is deemed necessary and appropriate. This authority is granted only after a reasonable effort has been made to reach me.</p> <p>I further authorize the person who presents the minor to sign the Acknowledgement of Receipt of Notice Privacy Rights that may be presented by the physician or health care facility.</p> <p>This authorization is completed and signed of my own free will with the sole purpose of authorizing medical treatment deemed necessary and appropriate by the treating physician.</p> <p style="text-align: center;">~~~~~</p> <p>Como pariente / guardián, yo autorizo el tratamiento de primeros auxilios / médico para mi hijo(a) en el caso eventual de una emergencia que pone en peligro su vida, causaría desfiguración, discapacidad física, o incomodidad excesiva si no es atendido oportunamente. Se entiende que harán esfuerzos para contactarme en cuanto sea razonablemente posible.</p> <p>Este formulario de consentimiento es completado y firmado de mi propia libre voluntad con el único propósito de autorizar tratamiento médico bajo circunstancias de emergencia en mi ausencia.</p> <p>Esta autorización se completa y firmado por mi propia voluntad con la finalidad de autorizar tratamiento médico, que se considera necesario y apropiado por el médico tratante.</p>	
Parent or Guardian Signature/Firma del Jurídico	Date / Fecha

Media Relations-Promotions Release / Relaciones Con Los Medios De Comunicación-Promociones

I/we give my/our permission to the Roman Catholic Diocese of Grand Rapids, Michigan, (the Diocese) and all entities, representatives, employees, and agents operating under its authority to use, without prior notice, my name or my minor child's name, city and state, and/or audio, video(s), photo(s), and/or any other likeness and to use statements made by or attributed to me or my child relating to the Diocese, without compensation, for web, social media, publicity or similar promotions for the Diocese. I waive my right to inspect or approve such publications, including any written copy that may be created in connection therewith. I/we agree that my/our signature(s) below releases any and all claims against the Roman Catholic Diocese of Grand Rapids, or its associated entities related to or arising out of the Diocese's use of the stated items as media relations/promotional material(s).

Initials: If person being used in the material is under 18 years of age, parent or legal guardian must initial this form.

_____ **Yes, I grant permission for release** _____ **No, I do not grant permission for release**

Yo/nosotros doy/damos mi/nuestro permiso a la Diócesis Católica Romana de Grand Rapids, Michigan, (la Diócesis) y entidades, representantes, empleados, y agentes que operan bajo su autoridad a usar, sin previo aviso, mi nombre o el nombre de mi hijo(a) menor de edad, ciudad y estado, y/o audio, video, fotografía, y/o cualquier otra semejanza y utilizar declaraciones atribuidos a mi o a mi niño(a) relacionados con la Diócesis, sin goce de compensación, para la página web, medios sociales, publicidad o promociones similares para la Diócesis. Yo renuncio a mi derecho de inspeccionar o aprobar esas publicaciones, incluyendo cualquier copia escrita que pueda ser creada en conexión con la misma. Yo/nosotros estoy/estamos de acuerdo en que mi/nuestra firma abajo libera de cualquier y todos los reclamos en contra de Diócesis Católica Romana de Grand Rapids, o sus entidades asociadas relacionadas con o derivadas de uso de la Diócesis de los artículos indicados como relaciones con los medios de comunicación.

Iniciales: Si la persona requerida para el material es menor de 18 años de edad, el padre/madre o tutor legal deberá firmar esta forma.

_____ **Sí, doy mi permiso** _____ **No, doy mi permiso**

Authorization for Electronic Interaction with Minor

With the continuing evolution of new media and next generation communications tools, the way in which our parish, school, and families can communicate internally and externally continues to develop at a rapid pace. Electronic communication by personnel of our parish and school with your children is not taken lightly. Our parish employees and volunteers consistently adhere to Catholic values and transparency with respect to such communications.

As the parent/guardian, I understand that I will receive communication regarding my child's participation in programs and activities.

I grant permission to the parish, its staff and authorized volunteers to communicate with my child, for the purpose of relaying program and event invitations, course-related academics and activities through electronic mediums.

Con la continua evolución de los nuevos medios y las herramientas de comunicación de próxima generación, la forma en que nuestra parroquia, la escuela y las familias se pueden comunicar interna y externamente continúa desarrollándose a un ritmo rápido. La comunicación electrónica del personal de nuestra parroquia y escuela con sus hijos no se toma a la ligera. Usted puede tener la expectativa de que los empleados y voluntarios de nuestra parroquia se apeguen consistentemente a los valores católicos y la transparencia con respecto a tales comunicaciones. (Para obtener más información, consulte la Política de medios sociales de la Diócesis de Grand Rapids, Sección V "Interacción de adultos con menores").

Como padre / tutor, entiendo que recibiré comunicación con respecto a la participación de mi hijo en programas y actividades.

Doy permiso a la parroquia, a su personal y a voluntarios autorizados para que se comuniquen con mi hijo, con el propósito de transmitir invitaciones de programas y eventos, actividades académicas y actividades relacionadas con el curso a través de medios electrónicos.

Parent/Legal Guardian Signature / Firma del Jurídico

Date / Fecha