



Mission San Luis Obispo de Tolosa  
Pro Cathedral

751 Palm Street • San Luis Obispo, California 93401 • Phone (805) 781-8220 • Fax (805) 781-8214  
e-mail: office@oldmissionslo.org • Web address: www.missionsanluisobispo.org

## FORMACION EN LA FE FAMILIAR 2018-2019 SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

### ESTUDIANTE (Un formulario por estudiante, llenado cada año)

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Por favor, elija una de las siguientes opciones:

Faith formation in English

Formación de Fe Español

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

### FAMILIA (PADRES / GUARDIANES)

Nombre de la madre / tutor: \_\_\_\_\_ **Apellido de soltera:** \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

### SACRAMENTOS RECIBIDOS POR EL NIÑO:

Bautizado Sí  No

Si no está bautizado su hijo/hija necesita inscribirlo en la preparación del bautismo a través del programa de catecúmenos

Primera Reconciliación Sí  No

Primera Comunión Sí  No

---

### SOLAMENTE PARA LOS QUE SE ESTAN PREPARANDO PARA RECIBIR LA COMUNION:

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Mi hijo recibió el Sacramento del Bautismo en \_\_\_\_\_ (Iglesia)

En: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Mes y día) (Año)

**Si su hijo no fue bautizado en la iglesia de la Misión, mande una copia del certificado de bautismo.**

### Sesiones de preparación:

**\*\* Los niños tienen que asistir las sesiones de formación de fe y los retiros o hacer una cita especial con La Directora de la Formación de Fe. \*\* (Ver el calendario adjunto)**

Les pedimos una donación de \$ 25.00 por familia para cubrir materiales para la clase de formación de fe y **\$ 35.00 por niño/niña para materiales de preparación de los Sacramentos.** (2nd Año solamente)

### OFFICE USE ONLY:

Date received: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_ Amount received: \_\_\_\_\_ Check#/Cash: \_\_\_\_\_

Visa/MC \_\_\_\_\_ Initial \_\_\_\_\_

# Formación en la fe con la familia

## Preparación por Los Sacramentos

### Calendario 2018-2019

| Formación en la Fe para la Familia<br>@ 11:30 a.m. |                     |
|--|---------------------|
| September  | 9<br>16<br>23       |
| October  | 7<br>14<br>21       |
| November   | 4<br>18             |
| December   | 9<br>16             |
| January  | 6<br>13<br>27       |
| February   | 3<br>24             |
| March  | 3<br>10<br>24<br>31 |
| April  | 7<br>14             |
| May  | 5<br>12             |
| June   | 2<br>9              |

*Primer año*



| Preparación por los sacramentos<br>(Segundo año)<br>(reconciliación y eucaristía) |
|---|
| Solamente segundo año<br>retiro – 30 de Septiembre                                |
| solamente segundo año<br>retiro – 28 de Octubre                                   |
| solamente segundo año<br>retiro – 2 de Diciembre                                  |
| Solamente segundo año<br>retiro – 10 de Febrero                                   |
| solamente segundo año<br>retiro – 17 de Marzo                                     |
| <b>Primera reconciliación</b> para toda la familia<br>26 de Marzo @ 6pm           |
| solamente segundo año<br>retiro – 28 de Abril                                     |
| Práctica 14 de Mayo @ 6 pm  |
| Primera eucaristía May 19 - 12:30 en español                                      |

*Segundo año de preparación para recibir sacramentos – los dos calendarios*



**DIÓCESIS DE MONTEREY**  
**FORMA DE RENUNCIA DE DERECHO Y LIBERACIÓN & CONSENTIMIENTO**  
**PARA TRATAMIENTO MEDICO PARA LOS EVENTOS Y ACTIVIDADES EN**  
**LAS PARROQUIAS Y ESCUELAS**

Para los padres o tutores legales: Este es un acuerdo que exonera a la parroquia o escuela antes, durante y después de la actividad / evento. Esta forma es también autorización para que él / la supervisor/a apruebe cualquier atención medica requerida por él / la menor, si la situación se presenta. Este acuerdo exonera al Obispo Católico de Monterey, California, una corporación no lucrativa, también conocida como la Diócesis de Monterey, a la cual se le referirá como la Diócesis de Monterey dentro de este documento, de cualquier demanda que el padre o tutor tenga contra la Diócesis de Monterey.

|   |  |
|---|--|
| Actividad / Evento:   | <b>Formación de fe familiar</b>          |
| Fechas:   | <b>Septiembre 9, 2018 a June 9, 2019</b> |
| Modo de transportación:   | <b>Padres asisten con sus hijos</b>      |
| <small>(Los padres son responsables de proveer transportación a y después de clases.)</small> |  |

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre de padre o tutor legal) padre tutor de \_\_\_\_\_ (nombre del menor) por la presente doy permiso de que mi hijo/a participe en la actividad juvenil mencionada arriba. Yo me comprometo a instruir a mi hijo/a a que coopere y siga las reglas e instrucciones establecidas por los supervisores, parroquia, escuela o personal diocesano responsable del evento mencionado arriba.

A cambio por permitir mi hijo/a participar en la actividad mencionada arriba, a la medida permitido por la ley, yo renuncio a todas las demandas por daños que yo tenga en-contra de la Diócesis de Monterey, por muerte, daños personales, y pérdidas o daños en propiedad, real o personal causada por o surgida de la actividad mencionada arriba.

Además se entiende y estoy de acuerdo que este consentimiento, exoneración y renuncia liga a mis sucesores herederos y asignados. También, en lo que permite la ley, yo exonero por adelantado a la Diócesis de Monterey sus funcionarios, agentes, empleados de toda culpabilidad relacionada a la actividad mencionada arriba.

Estoy de acuerdo y entiendo que la transportación será proveída en la forma y dentro de la discreción de la Diócesis de Monterey.

Mi hijo/a esta físicamente capaz de participar en este evento.

Yo autorizo a un representante de la Diócesis de Monterey los cuales han sido encargados del cuidado de los menores de edad nombrados arriba aprobar y permitir cualquier y todos los servicios médicos para mi hijo/a bajo la supervisión general o especial con el consejo de un doctor y cirujano con licencia bajo las provisiones del, "California Medical Practice Act", a que aprueba y permita cualquier radiografías, anestesia, tratamiento dental con licencia bajo las provisiones del "Dental Practice Act". Por este medio doy permiso a los representantes de la Diócesis de Monterey que usen su discreción para obtener servicio medico. Estoy de acuerdo que si servicios médicos son requeridos para mis hijos/as, la Diócesis de Monterey no va ser responsable por los gastos de los servicios médicos.

Esta entendido que esta autorización es dada de antemano para cualquier diagnostico especifico, tratamiento o cuidado hospitalario requerido pero es concedido para proveer poder y autoridad al representante diocesano mencionado arriba ejerciendo su mejor juicio y discreción necesario.

Por este medio autorizo al hospital que rindió los cuidados médicos a los menores bajo las provisiones de "Family Code section 6910" que entregue custodia del menor al representante diocesano mencionado arriba al completar el tratamiento. Esta autorización es dada conforme con el "Health and Safety Code section 1283."

Esta autorización será puesta en efecto durante todo el tiempo que mi hijo/a esta bajo la supervisión de la Diócesis de Monterey para el evento mencionado arriba y permanecerá en efecto hasta que él menor regrese del evento y no este bajo la supervisión de la Diócesis de Monterey.

Esta Forma de renuncia y liberación es firmada para que mi hijo/a pueda participar en el evento mencionado arriba para el entretenimiento y beneficio personal y es hecho libre y con total entendimiento de cualquier riesgo que pueda suceder durante la actividad. Yo, el suscrito he leído esta forma de renuncia y entiendo todos los términos. Yo ejecuté esto voluntariamente y con total entendimiento de su importancia. He discutido todo lo mencionado arriba con mi hijo/a y el/ella esta consciente de y entiende la importancia de seguir todas las reglas establecidas por los supervisores.

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre o tutor  
 Favor de proveer la siguiente información:

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ M  F

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ M  F

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ M  F

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Alergias (comidas, medicinas, insectos, etc.): \_\_\_\_\_

Medicamentos (nombre, dosis, motivo) \_\_\_\_\_

Otra información (heridas) o condiciones especiales de salud o físicas: \_\_\_\_\_

**Información de seguro:**

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Nombre de la póliza: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_

**Personas autorizadas para recoger a los menores:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Mis hijos pueden caminar a su casa después del programa:

Mis hijos pueden manejar a su casa después del programa:

**Personas a notificar en caso de una emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono de día: \_\_\_\_\_ Teléfono de noche: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_