



**M**ission San Luis Obispo de Tolosa  
Pro Cathedral

751 Palm Street • San Luis Obispo, California 93401

Phone (805) 781-8220 ext. 39 (Laura Pompa, DRE)

e-mail: lpompa@oldmissionslo.org • Web address: www.missionsanluisobispo.org

2021 -2022

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**EDUCACIÓN RELIGIOSA** Las

**clases serán en Inglés**

**y el material bilingüe**

**ALUMNO (favor de llenar un formulario por alumno cada año)**

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

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

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

¿Tiene su hijo alguna necesidad especial? \_\_\_\_\_

**PADRE(S) / TUTOR(S)**

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

Madre del niño/a - Apellido de soltera: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

*Doy mi permiso para enviar un mensaje de texto a mi teléfono celular para recibir recordatorios.*

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

Teléfono móvil: \_(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

*Doy mi permiso para enviar un mensaje de texto a mi teléfono celular para recibir recordatorios.*

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

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

**Información del estudiante:**

Este es el primer año de educación religiosa de mi hijo

Mi hijo está en su segundo año de educación religiosa

Mi hijo ha recibido el sacramento de la Primera Eucaristía y la Reconciliación

Mi hijo(a) recibió el Sacramento del Bautismo: *(mes/día/año)* \_\_\_\_\_

en la iglesia de \_\_\_\_\_ *(Ciudad/Estado)* \_\_\_\_\_

***Si su hijo(a) no fue bautizado en la iglesia de la Misión de San Luis Obispo,  
por favor denos una copia del Certificado de Bautismo.***

**Pedimos una donación de \$ 35.<sup>00</sup> Por niño(a) para cubrir  
el costo de los materiales de Educación Religiosa**

**OFFICE USE ONLY:**

Date received: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_ Amount received: \$ \_\_\_\_\_

Check # \_\_\_\_\_  Cash  Visa/MC

**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: **Educación Religiosa**

Fechas: **1ro de octubre del 2021 a 30 de junio del 2022**

Modo de transportación: **Los padres proporcionan transporte si es necesario**  
(Los padres son responsables de proveer transportación a y después de clases.)

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Favor de proveer la siguiente información:**

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: \_\_\_\_\_