****

**2021 – 2022**

Programa deDoctrina Religiosa

**K – 8**

Las Iglesias Catolicas de

 St. James and St. John

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Estudiantes** |  | **Seguridad en el Contacto** |
| Apellido | Nombre | Grado | Alergias, discapacidades u otras necesidades especiales | Fecha de nacimiento | Mi hijo puede participar en el Programa de seguridad para niños para enseñar  prevenir  abuso  (Ver formulario de información adjunto) |
|  |  |  |  |  | Si No |
|  |  |  |  |  | Si No |
|  |  |  |  |  | Si No |
|  |  |  |  |  | Si No |

* ¿Podemos utilizar fotografías de su niño (s) con el objetivo de publicarlos  y  representar el programa Bartlesville CRE? Si  No
* ¿A qué iglesia está afiliado? St. James  St. John 

|  |
| --- |
| **Los Padres** |
| Nombre del Padre o Tutor Legal |  |
| Direccion |  |
| Numero de Telefono |  |
| Telefono Celular |  |
| Correo Electronico Familiar |  |
| Iglesia | St. James St. John Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Método de comunicación preferido | correo electrónico mensaje de texto teléfono |

|  |
| --- |
| **En Caso de Emergencia** |
| En caso de emergencia notificar a: |
| Nombre: Numero de Telefono: |

|  |
| --- |
| **Exención de responsabilidad del   padre / tutor** |
| Como padres o tutor legal de (Escriba enletra de molde el nombre del estudiantes) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Yo solicito que me hija/hijo/pupilo legal pueda participar en el Programa de Educacion Religiosa de la Iglesia Catolica de St. James del ano escojar 2021-2022. En el caso de una emergencia, Yo autorizo y doy permiso a cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnostico or tratamiento dental, medico, or quirugico para la personal nombrada. Yo tambien exonero de responsabilidad, al coordinador y sus representantes, la Lglesia Catolica de St. James, la Diocesis de Tulsa de toda responsabilidad legal e indemnizacion causada por un accidente or enfermedad que puede occurrirle a mi hija/hijo/pupilo legal mientras esten en nuestro cuidado. En el caso de una emergencia y los padres/ tutores no pueden ser localizado, una ambulancia o personal de emergencia sera notificada. Pago por los servicious medicos de emergencia son la responsabilidad del padre/tutor.Firma de Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dia \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |