



Totus Tuus *Totalmente Tuyo* 2024

Forma de Registracion y Permiso

Programas de Totus Tuus

Dia de Totus Tuus Para grados 1-6 se reuniran de lunes-viernes, junio 17-21 desde las 9:00am-2:30pm - \$40 por nino - \$100/familia

Tarde de Totus Tuus Para grados 7-12 se reuniran domingo a jueves, junio 16-20 desde las 7:00-9:00pm - \$40 por nino - \$100/familia

La actividad jueves por la tarde se llevara acabo _____ aun esta por determinarse _____ y la parroquia no proveera transportacion.
(Nombre y lugar del domicilio)

Agencia Parroquial St. Cecilia Sitio 434 Norton Rd. Columbus, OH 43228

Dirigente del dia Sister Agata Teléfono 614-878-5353

Dirigente de la tarde Sister Agata Teléfono 614-878-5353

<u>Nombre del hijo(s)</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Grado entrante</u>	<u>Recibio Primera Comunion</u>	<u>Escuela</u>
			Yes No	

Cobro de Registracion es \$40 por nino o \$100 por familia

Informacion Medica/Permisos — Favor de ser llenado por pariente/cuidador

Direccion _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Condiciones crónicas (por ejemplo: epilepsia, diabétes) _____

Allergias/Medicamentos _____

Otra informacion que ocupamos saber de su(s) hijo(s) _____

Nombre de Padre o Cuidador: _____ Teléfono(s): _____

Correo Electronico _____

Nombre de Padre o Cuidador: _____ Teléfono(s): _____

Correo Electronico: _____

Seguro Médico _____ Número de Póliza _____

Nombre del Miembro _____ Teléfono _____

Doctor de Familia _____ Teléfono _____

Continua atras

Totus Tuus Participants Voluntarios de Tarde (entrando 7-12 grade)

Favor de nombrar Totus Tuus participantes del programa de la tarde si gustan apoyar en Totus Tuus programa de Dia
Totus Tuus Dia 9 a.m. – 2:30 p.m. Lunes-Jueves 17-21, 2024

<u>Nombre de estudiante(s)</u>	<u>Programa en cual Apoya</u>	<u>Talla de playera</u>
	Totus Tuus Day	Youth: M L Adult: S M L XL XXL
	Totus Tuus Day	Youth: M L Adult: S M L XL XXL
	Totus Tuus Day	Youth: M L Adult: S M L XL XXL

DIÓCESIS DE COLUMBUS

REGISTRACIÓN/PERMISO/DESCARGO/INDEMNIZACION

Nombre de Parroquia: Saint Cecilia Ciudad de Parroquia: Columbus

Por favor escriba claramente. Cualquier formulario incompleto sera regresado

PERMISO

La firma abajo declara que (él/ella/ellos) (es/son los) (Padre/Madre/Padres/Cuidador) de los participantes nombrado arriba y tiene plena responsabilidad legal por los participantes. La firma abajo otorga permiso para que el/la participante participe en la actividad, Totus Tuus.

DESCARGO E INDEMNIZACIÓN

Descargo de Responsabilidad. La firma abajo es representación de la firma del Participante, y todos los herederos, sucesores y apoderados de la firma abajo y el Participante, debidamente libera, mantendrá indemne de cualquier responsabilidad y descarga de todas directas o derivadas demandas, acciones, litigios, gastos médicos, costos, gastos legales, otros gastos y todos otros daños y perjuicios, bajo ley o equidad, conocidos o desconocidos, directos o indirectos, consumado o incipientes, contra el Diócesis de Columbus, la Parroquia y todos los actuales y anteriores empleados, agentes, miembros del clero, oficiales y voluntarios del Diócesis o de la Parroquia, que surjan de la participación del Participante en la actividad mencionada en la Programa de Totus Tuus.

Indemnización. La firma abajo indemnizará y sacará en paz y a salvo el Diócesis de Columbus, la Parroquia, y todos los actuales y anteriores empleados, agentes, miembros del clero, oficiales y voluntarios del Diócesis o de la Parroquia de cualquier demanda, responsabilidad, litigio, fallo, pérdida, perjuicio, costos, tarifa o gastos (incluyendo gastos de cortes y honorarios de abogados) surgiendo directamente o indirectamente de la participación del Participante en la Actividad Programa de Totus Tuus, excluyendo esos surgiendo de la negligencia de una parte indemnizada.

Tratamiento Medico en case de Emergencia

En caso de emergencia, la firma abajo debidamente da permiso para transportar el(los) Participante(s) a un hospital para tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. El signatario desea ser informado antes de cualquier tratamiento adicional por el hospital o el médico. En caso de una emergencia, si la firma no puede ser alcanzado en los números anteriormente listados, comuníquese con:

Nombre y Relación: _____ Teléfono (_____) _____

PERMISO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL

La firma abajo debidamente otorga permiso para la divulgación de fotografías y videos y el nombre del Participante para el uso del Diócesis de Columbus y St. Cecilia para programas de promoción del Diócesis y la parroquia. Si usted tiene algunas preguntas o preocupación, por favor haga contacto con su dirigente del programa al 614-878-5353.

___ Por favor ponga sus iniciales aquí si no quiere dar su permiso para la publicación de su información personal o fotografías/videos.

Si no da el consentimiento, favor de compartir con su(s) hijo(s) que se les pidira que salgan cuando se les tomen fotos/videos.

FIRMAS

EL SIGNATARIO HA LEÍDO, ENTIENDE, CONVIENE Y ACEPTA TODAS LAS DISPOSICIONES DE ESTE ACUERDO

Signaturo del pariente/cuidador: _____ Fecha _____

Signaturo del pariente/cuidador _____ Fechas _____