



# 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	
			Yes No	
			Yes No	
			Yes No	
			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 \_\_\_\_\_