

Archdiocese of Portland Office of Vocations

Quo Vadis Days August 1-4, 2022

FORMULARIO DE REGISTRACION PARA SER LLENADO POR PADRE / TUTOR LEGAL

Yo, el suscrito _____ doy permiso a _____
(Nombre del Padre o Guardián) (Nombre del hijo)

para participar en el "Quo Vadis" Retiro, 1-4 de agosto de 2022 a Fr. Bernard Youth Center, Oregon. Padres/Jóvenes son responsables del transporte hacia y desde el evento.*

•Autorizo a la Arquidiócesis de Portland y sus empleados o chaperones para que aseguren todos y cada uno de los servicios médicos necesarios para mi hijo en caso de un accidente o enfermedad. Además, acepto ser el único responsable del pago de esos servicios.

•Entiendo las reglas para esta actividad de no fumar, drogas, alcohol o armas. En interés de la seguridad de todos, concedo permiso a los chaperones y al personal de este evento para inspeccionar las pertenencias de mi hijo si ven causa. "Causa" incluye, entre otras cosas, rumores e informes de otros estudiantes. Ponga su inicial aquí: _____

•Doy permiso a la Oficina de Vocaciones de la Arquidiócesis de Portland para usar una fotografía del menor (persona menor de 18 años) nombrada a continuación en su sitio web (www.archdpdxvocations.org), página de Facebook y folletos para eventos juveniles. Entiendo que no habrá información de identificación (p. ej., nombre, edad, etc.) sobre el menor en el sitio web, página de Facebook o folletos de eventos a menos que se revoque el permiso por notificación en escrito a la Oficina de Vocaciones de la Arquidiócesis de Portland. Por favor ponga sus iniciales aquí:

Parrqia: _____

Párroco: _____ Firma del Párroco: _____

Escuela: _____ Ciudad: _____

años tienen: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Talla de camiseta (tamaños adultos): _____

Dirección: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

as asignaciones de las habitaciones se basan en la edad de el joven/su grado. Si desea solicitar alojamiento con un amigo, por favor liste su(s) nombre(s): _____

Haremos nuestro mejor esfuerzo para acomodar sus deseos.

Alergias (a comidas, medicamentos, insectos, etc) _____

Medicamentos que está tomando (nombre, dosis, razón) _____

Otra información (lesiones, etc.) _____

Nombre de la Compañía de Seguro Médico _____

Grupo ó Número de Identificación del Seguro: _____

En caso de emergencia, por favor de notificar a:

Nombre del Padre/Guardián Legal _____

Número de Teléfono (día): _____ Número de Teléfono (noche) _____

Nombre del Doctor del joven: _____ Número de Teléfono: _____

Firma del Padre o Guardián

Fecha