

Forma familiar para autorizar quién puede recoger a sus hijos(as)

Las siguientes personas tienen permiso para recoger a mis hijos de las clases de Educación Religiosa en la Iglesia Católica Santa María los días miércoles y domingos del año escolar 2023 - 2024.

Por favor escriba claramente

PADRE / TUTOR*	TELÉFONO CELULAR

* debe estar preparado para mostrar identificación.

Nombres de los niños:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	CLASE DE EDUCACIÓN RELIGIOSA



La información en estas dos formas no ha cambiado. Use la información que fue dada en la forma del año pasado.

Firma de Padre, Madre o Tutor Legal

Fecha

Uso para la oficina: dar una copia de esta forma a cada maestro.

IGLESIA CATÓLICA DE SANTA MARIA, WIMBERLEY, TX

FORMA DE NOTIFICACIÓN DE EMERGENCIA

Completar una forma por cada niño(a)

Si quieres que St. Mary te notifique con **mensajes de texto** a tu teléfono en caso de que las clases de educación religiosa se cancelen en un futuro, por favor, firmar esta forma para dar su autorización.

Nombre del Niño(a): _____

Número de teléfono celular de los padres: _____ Sprint Verizon AT&T T-Mobile

Número de teléfono de casa: _____

Nombre del Padre/Madre: _____

Firma del Padre/Madre, o Guardián legal: _____ Fecha: _____

Comunicado de la Iglesia Católica de Santa María

Forma de información de emergencia, liberación de responsabilidad y autorización para buscar tratamiento

Requerimos que esta forma sea entregada a la oficina por cada niño(a) participando en las clases de educación religiosa de la Iglesia de Santa María. Esta forma es necesaria en caso de lesiones graves o accidente que requieran tratamiento médico. Este documento nos da permiso para transportar al niño(a) a la instalación médica más cercana, ya sea en un vehículo particular o en ambulancia y nos da permiso de autorizar el tratamiento médico para su hijo(a).

Yo, doy a la Diócesis Católica de Austin y a la Iglesia Católica de Santa María, patrocinadores de la actividad, y/o personal laico permiso para actuar en mi nombre para buscar tratamiento de emergencia para mi hijo(a) en caso de que dicho tratamiento sea necesario. Las personas nombradas en este documento pueden transportar o autorizar transporte para mi hijo si es necesario. Doy permiso al personal médico de que administren tratamiento de urgencia si es considerado necesario y en el mejor interés de mi hijo(a). Yo absuelvo a las partes nombradas y a las personas que estén ayudando de cualquier responsabilidad ya que están actuando en mi nombre al respecto del cuidado de mi hijo(a).

Nombre del niño(a): _____

Nombre del Padre/Madre o Guardián legal: _____

Firma del Padre/Madre, o Guardián legal: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Zip _____

Celular del Padre o Guardián: _____ Celular de la Madre: _____

Contacto de emergencia adicional (si no podemos encontrar a los Padres / Guardián): _____

Teléfono del contacto de emergencia adicional: _____

Segundo Contacto de emergencia adicional (si no podemos encontrar a los Padres / Guardián): _____

Teléfono del segundo contacto de emergencia adicional: _____

Fecha de nacimiento de su hijo(a): _____

Nombre y teléfono del médico de su hijo(a): _____

Hospital que usan: _____

¿Alergias? _____ ¿Enfermedades crónicas? _____

¿Medicamentos? _____

Otra información relevante que debamos saber:
