



Sacred Heart Catholic Church

1009 Trail St
Floresville, TX 78114



2017 - 2018 Faith Formation Enrollment Form
2017 - 2018 Formulario de Inscripción de Formación en la Fe

Sacred Heart is requesting a donation of \$20 for class enrollment (\$10 for each extra child in the same household)
Sagrado corazón está solicitando una donación de \$20 por inscripción a clases (\$10 por cada niño adicional en la misma casa)

Student Name \_\_\_\_\_ Middle \_\_\_\_\_ Last \_\_\_\_\_
(Nombre de Estudiante) (Segundo Nombre) (Apellido)

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_
(Dirección) (Ciudad) (Codigo Postal)

Date of Birth \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_ Parent's E-mail \_\_\_\_\_
(Fecha de Nacimiento) (Teléfono de la casa) (Correo Electrónico de los Padres)

Mother's Name \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_
(Nombre de la Madre) (Teléfono Celular)

Father's Name \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_
(Nombre del Padre) (Teléfono Celular)

Grade \_\_\_\_\_ Student lives with: Both Parents \_\_\_\_\_ Mom \_\_\_\_\_ Dad \_\_\_\_\_ Other (explain) \_\_\_\_\_
(Grado) (El estudiante vive con: Ambos padres Madre Padre Otros (Explicar))

My child has previously attended Faith Formation at Sacred Heart
Mi hijo ha asistido previamente a formación en la fe en Sacred Heart [ ] No [ ] Yes / Si What year(s): \_\_\_\_\_

My child needs the following Sacraments: [ ] 1st year Baptism Preparation [ ] 2nd year Baptism Preparation [ ] Reconciliation [ ] Eucharist [ ] Confirmation
Mi hijo necesita los siguientes Sacramentos: [ ] 1st year Baptism Preparation (Bautismo- primero año Preparación) [ ] 2nd year Baptism Preparation (Bautismo- segundo año Preparación) [ ] Reconciliation (Reconciliación) [ ] Eucharist (Primera Comunión) [ ] Confirmation (Confirmación)

(For office use only ~ Para uso de la oficina solamente) Sacrament Information

Table with 5 columns: Sacrament, Date, Church, City, Cert. on File? Yes/No. Rows include Baptism, Reconciliation, First Eucharist, Confirmation.

Grade Attendance Record

Table with 8 columns: Grade, Catechist, Year, Pmt Y/N, Grade, Catechist, Year, PmtY/N. Rows include K, 1st, 2nd, 3rd, 4th, 5th.

1 [ ] Sacrament 2018: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date of enrollment [ ] Paid \$20 / \$10

## II. Emergency Contact and Medical Information *(Contacto de Emergencia y de Información Médica)*

1. List 3 people that we may contact in the event of an emergency, if we are not able to contact you or your spouse. *Lista 3 personas que pueden ponerse en contacto en caso de una emergencia, si no somos capaces de comunicarnos con ustedes.*

Name *(Nombre)*: \_\_\_\_\_ Phone *(Teléfono)*: \_\_\_\_\_  
Relationship to child *(Relacion hacía el niño)* : \_\_\_\_\_

Name *(Nombre)*: \_\_\_\_\_ Phone *(Teléfono)*: \_\_\_\_\_  
Relationship to child *(Relacion hacía el niño)* : \_\_\_\_\_

Name *(Nombre)*: \_\_\_\_\_ Phone *(Teléfono)*: \_\_\_\_\_  
Relationship to child *(Relacion hacía el niño)* : \_\_\_\_\_

### 2. Medical History *(Historia Médica)*

Does your child have any allergic reactions? *(¿Su hijo tiene alguna reacción alérgica?)*: \_\_\_\_\_

Does your child take any medications? (list) *(¿Toma su hijo algún medicamento? (lista)* \_\_\_\_\_

Are your child's immunizations up to date? *(¿Son las vacunas de su niño correinte?)* Yes *(Sí)* \_\_\_\_\_ No *(No)* \_\_\_\_\_

Date of last tetanus/diphtheria immunization *(Fecha de la última tétanos / difteria immunization)* : \_\_\_\_\_

Does your child have any physical limitations? *(¿Su hijo tiene alguna limitación física?)* : \_\_\_\_\_

Does your child have any Chronic Conditions? (ex: epilepsy, diabetes, asthma, etc.)  
*(¿Su hijo tiene alguna condición crónica? (por ejemplo: epilepsia, diabetes, asma, etc.))* : \_\_\_\_\_

### 3. Insurance Information *(Información de Seguros)* :

Medical Insurance Co. *(Seguro Médico)* : \_\_\_\_\_

Policy # *(número de identificación de política)*: \_\_\_\_\_

Member's Name *(Nombre del Miembro)* : \_\_\_\_\_

Family doctor *(Nombre del Médico)* \_\_\_\_\_ Phone *(Teléfono)*: \_\_\_\_\_

Student Name (*Nombre de Estudiante*) : \_\_\_\_\_

### III. Medical Consent and Permission to Treat (*Consentimiento médico y Permiso para tratar*)

I understand that in the event medical intervention is needed, every attempt will be made to contact me immediately. In the event I cannot be reached, I hereby give my permission to the physician or dentist selected by the activity leader to hospitalize or to secure medical treatment that the physician has deemed necessary. *Entiendo que en es necesaria la intervención médica evento, se hará todo lo posible para ponerse en contacto conmigo de inmediato. En el caso de que yo no pueda ser localizado, doy mi permiso para que el médico o dentista seleccionado por el líder de la actividad de hospitalizar o para asegurar el tratamiento médico que el médico ha considerado necesario.*

I understand that my insurance coverage for my child will be used as primary coverage in the event medical intervention is needed. *Entiendo que mi cobertura de seguro para mi hijo se utilizará como se necesita cobertura primaria en la intervención médica evento.*

I hereby warrant that to the best of my knowledge, my child is in good health and I assume all responsibility for the health of my child. (Of the following statements pertaining to medical matters, sign only those that are applicable.) *Por la presente garantizo que a lo mejor de mi conocimiento, mi hijo está en buen estado de salud y asumo toda responsabilidad por la salud de mi hijo. (De las siguientes afirmaciones relacionadas con asuntos médicos, firmar sólo las que son aplicables.)*

#### Emergency Medical Treatment (*Tratamiento Médico de Emergencia*):

In the event of an emergency, I hereby give permission to transport my child to a hospital for emergency medical or surgical treatment. I wish to be advised prior to any further treatment by the hospital or doctor. *Entiendo que en es necesaria la intervención médica evento, se hará todo lo posible para ponerse en contacto conmigo de inmediato. En el caso de que yo no pueda ser localizado, doy mi permiso para que el médico o dentista seleccionado por el líder de la actividad de hospitalizar o para asegurar el tratamiento médico que el médico ha considerado necesario.*

I, appoint the Archbishop or his agents who are acting as leaders of the activity as my attorney in fact to act for me in my name and my behalf, in any way that I would act if I were personally present, with respect to the following matters if any injury, illness or medical emergency occurs during the activity or related travel: *Yo, nombro el Arzobispo o sus agentes que actúan como líderes de la actividad como mi apoderado para actuar por mí en mi nombre y mi nombre, de cualquier manera que yo actúo si estuviera personalmente presente, con respecto a la siguiente cuestiones si alguna lesión, enfermedad o emergencia médica se produce durante la actividad o viaje relacionado con:*

(I) To give any and all consents and authorizations to any physicians, dentists, hospital or other persons or institutions pertaining to any emergency medications, medical or dental treatments, diagnostic or surgical procedures or any other emergency actions as our attorney shall deem necessary or appropriate for the best interest of the child. *para dar cualquier y todos los consentimientos y autorizaciones a cualquier médicos, dentistas, hospitales u otras personas o instituciones que pertenecen a algún medicamento de emergencia, tratamientos médicos o dentales, procedimientos diagnósticos o quirúrgicos o cualquier otra acción de emergencia como nuestro abogado estime necesario o apropiado para el mejor interés del niño.*

(II) I understand that the agents of the Archbishop will make reasonable attempts to contact me as soon as possible in the event of a medical emergency involving my child. ) *Entiendo que los agentes del Arzobispo harán intentos razonables para ponerse en contacto conmigo tan pronto como sea posible en caso de una emergencia médica que involucra a mi hijo.*

(III) In the event of a medical emergency, if I am not able to be reached, I authorize the agents of the Archbishop to contact the following individual: *En caso de una emergencia médica, si no soy capaz de ser alcanzado, autorizo a los agentes del Arzobispo para contactar con la siguiente persona:*

Name (*Nombre*): \_\_\_\_\_

Relationship to child (*Relacion hacía el niño*) : \_\_\_\_\_ Phone (*Teléfono*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature (*Firma del Padre/Guardián*)

\_\_\_\_\_  
Date (*Fecha*)

**\*\* Please complete one form for each child \*\***

**\*\* Por favor, complete un formulario por cada niño \*\***

Student Name (*Nombre de Estudiante*): \_\_\_\_\_

**IV. Authorizations** (*Autorizaciones*)

**LIABILITY RELEASE STATEMENT** (*DECLARACIÓN DE DESCARGO DE RESPONSABILIDAD*)

I understand that all reasonable safety precautions will be taken all times by the staff, agents and their volunteers at Sacred Heart during all events and activities. I understand the possibility of unforeseen hazards and know the inherent possibility of risk. I agree not to hold Sacred Heart, the Archdiocese of San Antonio, its leaders, employees, or volunteers liable for damages, losses, diseases, or injuries by the subject of this form.

*Entiendo que todas las precauciones de seguridad razonables se tomarán todo momento por los funcionarios, agentes y sus voluntarios en Sagrado Corazón durante todos los eventos y actividades. Entiendo la posibilidad de riesgos imprevistos y sé la posibilidad inherente de riesgo. Estoy de acuerdo en no celebrar Sagrado Corazón, la Arquidiócesis de San Antonio, sus dirigentes, empleados o voluntarios responsable de los daños, pérdidas, enfermedades o lesiones por el sujeto de este formulario.*

I further agree to hold harmless and defend Sacred Heart Catholic Church, its officers, directors, and agents, the Floresville Deanery, and the Archdiocese of San Antonio from any and all liability for illness, injury, property damage or death arising from or in connection with my activity or associated activity events arising in connection of the Faith Formation program.

*Me comprometo a mantener indemne y defender Sacred Heart Church católica, sus oficiales, directores y agentes, la Floresville Decanato y la Arquidiócesis de San Antonio de cualquier y toda responsabilidad por enfermedades, lesiones, daños a la propiedad o la muerte que surja de o en conexión con mi actividad o eventos de actividad asociados que surjan en relación del programa de Formación de Fe.*

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature (*Firma del Padre/Guardián*)

\_\_\_\_\_  
Date (*Fecha*)

**PHOTOGRAPY AND PHOTOGRAPHS** (*Fotografía y Fotos*)

I, agree that the Archbishop or his agents may use my child's portrait or photograph for Church activities and functions.

Yo, estoy de acuerdo que el Arzobispo o sus agentes pueden usar el retrato o la fotografía de mi hijo para las actividades y funciones de la Iglesia.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature (*Firma del Padre/Guardián*)

\_\_\_\_\_  
Date (*Fecha*)