



Iglesia Católica San Gabriel Arcángel  
 Escuela Bíblica de Vacaciones 2018:  
**Cuidando nuestras ocupaciones!**  
 Alabando a Dios en todo lo que hacemos !



Forma de Registración: Grados 1-6 (2018-19 año escolar)  
**Julio 30 - Agosto 3, 2018: 9am-3pm en San José Campus**

**Padres o Tutores**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección/Ciudad/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia**

Contacto de emergencia que está autorizado para recoger a su hij@

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_

**Por favor incluya la cuota de registración (Aumentara \$25 después del 15 de Junio):**

Fecha límite para registración = Junio 15:

Julio 16-Julio 15

(solamente si hay espacio disponible):

\$50/niño

\$75/niño

\$150 máximo por familia

\$225 máximo por familia

Cheques a nombre de **St. Gabriel the Archangel Catholic Church**. Becas disponibles (debe llenar una aplicación). Por favor contacte a la oficina de Formación en la Fe al 952-935-5536, ext. 444 si está interesado.

**Nombre del niño:** \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado en el ciclo escolar 2018-2019: \_\_\_\_\_

Dieta o restricciones medicas: \_\_\_\_\_

Camiseta talla (circule): Jóven: Sm Med L XL Adulto: Sm Med L XL XXL

**Nombre del niño:** \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado en el ciclo escolar 2018-2019: \_\_\_\_\_

Dieta o restricciones medicas: \_\_\_\_\_

Camiseta talla (circule): Jóven: Sm Med L XL Adulto: Sm Med L XL XXL

**Nombre del niño:** \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Grado en el ciclo escolar **2018-2019:** \_\_\_\_\_  
Dieta o restricciones medicas: \_\_\_\_\_  
Camiseta talla (circule): Jóven: Sm Med L XL Adulto: Sm Med L XL XXL

**Nombre del niño:** \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Grado en el ciclo escolar **2018-2019:** \_\_\_\_\_  
Dieta o restricciones medicas: \_\_\_\_\_  
Camiseta talla (circule): Jóven: Sm Med L XL Adulto: Sm Med L XL XXL

**PADRES, PUEDEN AYUDAR COMO VOLUNTARIOS?**

Todos los días (necesitamos más) \_\_\_\_\_  
Día \_\_\_\_\_ AM \_\_\_\_\_ PM \_\_\_\_\_

*\*Se proveerá guardería para los niños de los voluntarios*

Intereses (circule): líder de grupo, juegos, refrigerios, manualidades, capilla, música, representaciones, decoración.

**Voluntarios Adolescentes (edad 12+) que puedan asistir:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Padres/Tutores Forma de Autorización y Acuerdo de Indemnización:**

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi autorización a \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o tutor Nombre (s) del Niño/Niños

Para participar en las siguientes actividades aquí mencionadas, garantizo que mi hijo(s) se encuentra en un buen estado de salud. En consideración a la participación de mi hijo(s), yo estoy de acuerdo en indemnizar a la Parroquia de San Gabriel y la Arquidiócesis de St. Paul & Minneapolis de cualquier reclamo o demanda en contra de la Parroquia San Gabriel, Hopkins, y la Arquidiócesis de St. Paul & Minneapolis para mí, mi hijo u otros, que surge de cualquier comportamiento de mi hijo en el evento/actividad descrito anteriormente. Yo también acuerdo pagar los honorarios razonables de abogados o los gastos incurridos por la Iglesia de San Gabriel, y la Arquidiócesis en defensa de dicho reclamo/demanda.

**TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA:** En caso de una emergencia, doy mi consentimiento para transportar a mi hijo a un hospital para que reciba tratamiento médico de emergencia. Por favor contácteme para cualquier otro tratamiento recomendado por el doctor o el hospital. En el caso de una emergencia, si usted no puede contactarme por favor comuníquese al siguiente número telefónico: contacto: \_\_\_\_\_

(Nombre)

(Número de teléfono)

**INFORMACION MEDICA (OPCIONAL):**

Medicamentos que actualmente está tomando mi hij@:

Aseguranza medica familiar: \_\_\_\_\_ Numero de póliza: \_\_\_\_\_

Doctor Familiar: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Como padres o guardián, estoy de acuerdo con todas las consideraciones y condiciones aquí mencionadas.

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO Y ABSOLUCIÓN LEGAL (OPCIONAL):**

Bajo la firma de el padre ó tutor autoriza y accede a la parroquia de San Gabriel Arcángel de Hopkins, MN, a utilizar y publicar para fines promocionales, comerciales y/o de publicidad, el nombre e imagen de mi(s) hijo(s):

\_\_\_\_\_  
(menor) y/ó para cualquier otro propósito legal, incluyendo fotografías , retratos y reproducciones realizadas a través de cualquier medio, incluyendo los medios electrónicos. El padre ó tutor absuelve la Parroquia de San Gabriel Arcángel, o cualquier persona autorizada por la Parroquia de San Gabriel Arcángel con el mismo propósito. Esta autorización y consentimiento permite este tipo de uso para asociar a mi hijo(s) con su(s) nombre(s) y la semejanza para tales fines. El padre ó tutor reconoce haber leído este documento; después de haber tenido la oportunidad de examinar y comprender estos términos, y por este medio lo ejecuta voluntariamente con el conocimiento de su significado.

**Nombre de el padre ó tutor (Escriba con letra de molde):**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ENVIE ESTA FORMA Y EL PAGO A:**

Escuela Bíblica de Vacaciones de St. Gabriel  
6 Interlachen Road  
Hopkins, MN 55343

(O póngalo en un sobre y deposítelo en la canasta de la limosna el Domingo)

Para más información , contacte a Kathleen Esh: 952-933-7610, [Kesh@stgabrielhopkins.org](mailto:Kesh@stgabrielhopkins.org)