

OFICINA DE FORMACION. DE FE 209-634-8432

ATENCION PADRES DE FAMILIA:

4-3 -2025

Todos los estudiantes de segundo año de preparación para la primera comunión. Deberán llenar la forma del Retiro y Pagar y entregarla en la oficina de la Iglesia. NO MAS TARDE DEL DIA 10 DE ABRIL Por favor trate de llegar a tiempo. RETIRO DE PRIMERA COMUNION: SABADO 12 DE ABRIL AQUÍ EN EL GIMMNACIO DE LA IGLESIA. DE 9.30 A 3.30PM

Se les esta enviando la forma de madrina o padrino para que la regresen llena y con los certificados de bautismo, primera comunión ,y confirmación y si son casados el acta de Matrimonio. Regresarla a la Sra Carmen.

MISAS DE PRIMERA COMUNION: SABADO 3 de Mayo a las 12.30- Y 10 DE MAYO A LAS 10.00 A.M. ATENTAMENTE.  
EQUIPO DE CATEQUISTAS.

**Iglesia Del Sagrado Corazón**  
**Formación en la fe para jóvenes de primera comunión**  
**1301 Cooper Ave. Turlock, CA 95380 (209) 634-8432**  
**Compromiso de los Padres con relación a**  
**Cualquier problema de salud que se pueda presentar**

**Nombre de la Actividad:** Retiro de Segundo Año de Primera Comunión  
**Lugar:** Gimnasio del Sagrado Corazón -600 Rose St. Turlock, CA  
**Teléfono:** Carmen Álvarez (209) 634-8432  
**Fecha de la Actividad:** 12 de abril  
**Hora:** 9:30am-3:30pm -  
**Total:** \$25.00 (el pago del retiro vence el 10 de abril, si no la regresa a tiempo se cobrarán \$10 dólares extras. Gracias)

Yo, el que firma, acepta que no presentará reclamos, demandas, acciones y responsabilidades, incluyendo gastos de abogados y gastos por indemnización como resultado de acto negligente, deliberado o intencional del que firma y/o del participante (si el participante es menor de 18 años) en contra de la Diócesis de Stockton y la Parroquia del Sagrado Corazón sus respectivos miembros, directores, empleados y agentes.

Si el participante es menor de 18 años, yo (nosotros) el/los padres/s, o guardián/es legal/es de el participante damos permiso a nuestro hijo/a para participar en el Retiro de Segundo Año de Primera Comunión programado para la fecha y hora indicada arriba. Yo, el participante, y/o legales guardianes del participante, por la presente autorizamos tratamiento médico, incluyendo cirugía de emergencia sin límite y yo (nosotros) asumimos toda responsabilidad de los costos médicos.

También, si por algún motivo es necesario que el participante regrese a casa sea por razones médicas, acciones disciplinarias, o otro motivo, yo (nosotros) los padres o guardianes legales asumimos completa responsabilidad y costos de transportación.

**Esta forma DEBE ser firmada por todos los participantes Y sus padres o guardianes legales**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Sexo M ( ) F ( )  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Zona Postal \_\_\_\_\_  
Numero de Tel. de casa \_\_\_\_\_ Numero del Celular \_\_\_\_\_  
Persona para notificar en caso de Emergencia \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Asegurancia Medica Si ( ) No ( ) Compañía de Asegurancia \_\_\_\_\_  
Numero de Póliza \_\_\_\_\_ Nombre y Num. Tel. del doctor \_\_\_\_\_  
Hay algunas preocupaciones médicas (alergias-incluyendo comida, diabetes, etc., o medicamentos)  
\_\_\_\_\_

**NOMBRE EN LETRA DE MOLDE**

1. \_\_\_\_\_  
Nombre del Candidato

2. \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Nombre de Padres o guardianes legales Firma de Padres o guardianes legales