

Retiro de Confirmación del 1er año

FECHAS: del 15 al 17 de noviembre de 2019 (viernes por la noche - domingo por la mañana)

O

Del 6 al 8 de diciembre de 2019 (viernes por la noche - domingo por la mañana)

DEJADA: Los padres tiene que transportar a su hijo al **SAN MARCOS CAMP**, el **VIERNES**, (ubicación a continuación) a partir de las 6:30 pm y **NO** más tardar de las 7:00 pm

RECOGIDA: Los padres de igual manera tiene que pasar y levantar a su hijo en **SAN MARCOS CAMP** después de las 11:00 a.m., **NO** más tardar de las 11:30 a.m. el **DOMINGO**.

S T. RAPHAEL'S **NO** SUMINISTRA TRANSPORTE AL RETIRO. Esto nos ayuda a mantener los gastos bajos. Se promueve el uso del auto acompañado.

DESTINO: SAN MARCOS CHRISTIAN CAMP

UBICACIÓN: una vez en el 154 (paso de San Marcos), recorra aproximadamente 11 millas. Dar a la **DERECHA** en PARADISE RD, camine 0.4 millas, dar a la **DERECHA** en STAGECOACH RD. Destino en la **IZQUERDA** a 1 milla. (Buscar avisos). Siga la carretera bajando la colina. Al final de la colina doblar a la **IZQUIERDA**

COSTO: \$120.00 Esto incluye alojamiento y comida (Cheques a nombre del Ministerio Juvenil de St. Raphael)

ARTICULOS: Saco de dormir, toalla, almohada, ropa de invierno y linterna. Medicamentos debe facilitarse a DOROTHY O JUSTINE al momento de la llegada.

A cualquier persona que se encuentre en posesión de alcohol o sustancias ilegales se le pedirá que abandone el retiro y posiblemente el programa de Confirmación.

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA PADRES:

- Infórmele a la escuela (equipos deportivos) sobre este fin de semana.
- **NO habrá cena** el viernes por la noche / **COMER** antes de la llegada
- Los adolescentes **NO** pueden salir del fin de semana una vez que llegan, excepto por enfermedad
- Alguna emergencia comunicarse con **SAN MARCOS CAMP** 805-967-5773, John 805-708-5130
Justine 805-698-8304

*** OBLIGATORIA MISA DE CLAUSURA ***

El domingo a las 5:30 p.m. Life Teen Mass en la iglesia San Rafael. **No habrá misa en el retiro.** Padres y familias, favor de asistir a la Misa de clausura, los estudiantes **DEBEN ESATR PRESENTES**.

Opcional después de la Misa se muestran imágenes del retiro en Life Night, sobre la diversión, los juegos y el intercambio profundo espiritual. Se recomienda la asistencia, pero no es obligatorio.

POR FAVOR LLENE EL LADO TRASERO-----

Entregar este formulario antes del: 28 de Octubre para el retiro de noviembre 23 de noviembre para el retiro de diciembre

RETIRO DE CONFIRMACIÓN

Nombre del estudiante (Imprimir) _____ Celular del estudiante: () _____

Escuela: _____ Año: _____ **Circule la fecha que asistirá: diciembre o enero**

El abajo firmante por este medio autoriza a nuestro (mi) estudiante, (nombre del estudiante) _____, asistir al **RETIRO DE CONFIRMACIÓN PARA EL 1er AÑO** en San Marcos Camp. Estoy de acuerdo en dirigir a mi hijo que coopere y que cumpla con las instrucciones y las instrucciones del personal de supervisión a cargo de la excursión. Si fuera necesario que mi hijo recibiera tratamiento médico mientras participaba en este viaje, por la presente autorizo al personal de la parroquia a disponer de su criterio para obtener servicios médicos hacia mi hijo y doy permiso al médico seleccionado por el personal de la parroquia que brinda tratamiento médico considerado necesario y apropiado por el médico. Acepto que en el caso de que mi hijo resulte lesionado como resultado de su participación en esta actividad juvenil mencionada anteriormente, incluido el transporte hacia y desde dicha actividad, ya sea causado o no por la negligencia (activa o pasiva) de la parroquia o cualquier de sus agentes o empleados, el recurso para el pago de cualquier costo y gastos hospitalarios, médicos o relacionados resultantes se tendrá primero contra cualquier accidente, hospital o seguro médico, o cualquier plan de beneficios disponible mío o de mi cónyuge. No estoy al tanto de ninguna condición médica de mi hijo que impida que él / ella participe en tal actividad.
Por favor entregue todos los medicamentos recetados a Justine a su llegada.

Firma del padre o tutor: _____
Padre o tutor (Nombre impreso): _____ Fecha de firma: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono celular principal: _____

Child's Date of Birth / Fecha de nacimiento del niño: _____

Padre/ Madre Nombre _____
Domicilio: _____ Emergencia Telefono : _____

Emergencia Contacto: Nombre: _____ Relaciones: _____
Domicilio: _____ Telefono : _____

ALERGIES:

Comida Alergia: Si / No.
Ce Si Explica, _____
Medicina Alergia: Si / No.
Ce Si Explica, _____
Ambietal Alergia: Si / No.
Ce Si Explica, _____

Date of Last Tetanus Shot: _____

¿ES SU CHIKD TOMANDO MEDICAMENTOS CON RECETA?

Si / No. Ce Si Explica, _____
Cedar Todo medicacion a Justine

Estoy de acuerdo en permitir que mi hijo sea entregado sin receta medicacion
Si/ No

Por favor escriba cualquier inquietud médica: