



Metanoia

Un retiro **transformativo**
de fin de semana.

Acerca de este retiro:

la palabra *Metanoia* significa una conversión, un cambio de corazón y transformación. En este retiro los jóvenes experimentaran un fin de semana inolvidable con sus compañeros y otros líderes adultos.



**Centro de Retiros Trinita
New Hartford, CT**

Costo por persona: \$125.00
(incluye alojamiento y comidas)

7:00 pm Viernes — 12:00 pm Domingo

Escoge un fin de semana:

___ diciembre 15-17, 2017

___ abril 13-15, 2018

Hoja de Inscripción

Nombre del Participante: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: F ___ M ___

Dirección: _____

Email: _____ Teléfono Mobil: _____

Parroquia: _____ Ciudad: _____

Contactos de Emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfonos: _____

(Formulario de permiso parental en la parte posterior)

Solo para uso de la oficina:

Fecha de recibo: _____ Pago: Efectivo _____ Cheque #: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PADRES/TUTORES Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

Nombre del Participante: _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad: _____ Sexo _____

Solicito y concedo permiso para que mi hijo/hija _____ pueda participar en el evento que requiere transporte a un lugar lejos de la parroquia. Esta actividad se llevará a cabo bajo la orientación y dirección de los empleados y voluntarios de la Arquidiócesis de Hartford.

Que: Retiro *Metanoia*

Donde: Trinita Retreat Center

595 Town Hill Rd

New Hartford, CT 06057

Hora: Viernes 7:00pm – Domingo 12:00pm

Transportación: tiene que ser proveída por los padres/tutores

Importante:

**Favor de llegar antes de las 7:00 p.m. para establecerse.*

**No habrá cena el día Viernes.*

**Favor de traer todos los artículos de cuidado personal, sábanas o un saco de dormir, toalla y ropa cómoda incluyendo suéteres y zapatillas/botas de exterior.*

**Se les proporcionara bocadillos a lo largo de todo el fin de semana.*

Mientras que los jóvenes son responsables de su propio comportamiento, como padre y / o tutor legal, permanezco legalmente responsable por cualquier acción o daño hecho por el menor mencionado anteriormente. Soy consciente de que me llamarán si mi hijo rompe cualquiera de las reglas y tiene que ser enviado a casa. Estoy de acuerdo, en nombre de mi hijo / a, en el presente, con nuestros herederos, sucesores y cesionarios para mantener a salvo y defender al **ARQUIDIOCESIS DE HARTFORD**, a mi parroquia, a sus oficiales, directores, agentes, empleados, representantes asociados a este evento de cualquiera y todas las Reclamaciones de responsabilidad civil, pérdida o daño que surjan de o en relación con mi adolescente asistiendo a este evento o en conexión con cualquier enfermedad o lesión o costo de tratamiento médico relacionado con ello, y estoy de acuerdo en compensar a mi parroquia y **ARQUIDIOCESIS DE HARTFORD**, directores, agentes, empleados o representantes asociados con el evento por honorarios razonables de abogados y gastos que surjan en conexión con el mismo.

Por la presente garantizo que, según mi conocimiento, mi hijo está en buen estado de salud y asumo toda la responsabilidad por su salud. En caso de una emergencia y no puedan comunicarse conmigo, por la presente doy permiso para transportar a mi hijo a un hospital o centro médico y para buscar atención médica. Doy permiso para la administración de medicamentos sin receta, por ejemplo pastillas para la garganta o jarabe para la tos, si se considera apropiado y si la situación no pone en peligro la vida. Finalmente, permito que fotos y/o videos de mi hijo sean tomados durante el retiro, con fines promocionales.

Hospital de Preferencia: _____ (Ciudad) _____

Doctor: Nombre _____ (Teléfono) _____

Seguro médico: Compañía _____ Empleador _____ Grupo # _____

Nombre del asegurado _____ Número del asegurado # _____

Fecha de su última vacuna de Tétano: _____

Medicamento que esté tomando en este momento: (Nombres y dosis)

Alergia: (Medicamentos, alimentos, plantas, insectos) _____

Usted también debe saber sobre las siguientes condiciones médicas especiales /física/ condiciones mentales de mi niño (dieta especial, el sonambulismo, desmayos, sangrado nasal, lesiones recientes, la exposición a enfermedades contagiosas, etc.):

Nombre de Padre/Madre (si menor de 18 años): _____

Firma: _____ Fecha: _____