

Holy Family Catholic Church
17353 NE Hwy 27 Alt
Williston, FL 32696
352-528-2893 or holyfamilywilliston@gmail.com
RELIGIOUS EDUCATION REGISTRATION

NIÑO/NIÑA – CHILD

Apellido – Last Name

Nombre – Name

Fecha nacimiento – DOB

Edad – Age

Grado – School grade

Bautismo – Baptism:

Iglesia – Church

Ciudad/City

Fecha- Date

Primera Comuni3n – First Communion: Iglesia – Church

Ciudad – City

Fecha- Date

Confirmaci3n - Confirmation:

Iglesia – Church

Ciudad – City

Fecha- Date

FAMILIA – FAMILY

Mamá/Mother _____

Tel. _____

Papá/Father _____

Tel. _____

Calle – numero de casa – ciudad estado zip code / Street – house number – city – estate zip code

Email –Correo Electronico: _____

Nombre y tel3fono de las personas que est3 autorizadas para recoger al ni3o/a

Name and phone number of the person or persons who are authorized to pick up the child

Nombre y tel3fono de quien contactar en caso de emergencia

Name and phone number of the person to contact in case of emergency

RELEASE OF LIABILITY AND MEDICAL INFORMATION

Holy Family Williston Florida

Diocese of Saint Augustine, FL

Child' name
NIÑO/NIÑA _____

Date of birth/ Fecha nacimiento _____

Parent/Guardian _____
FAMILIA Firma

I hereby warrant that to the best of my knowledge, my child is in good health, with the following Exception. *Certifico que mi hijo/hija tiene Buena salud, con las siguientes exceptuándose lo siguiente*

My child's medication
Medicación de mi hijo/hija

My child's medical condition (allergies, diabetes)
Condición médica de mi hijo/hija

Symptoms / síntomas

In the event that neither I, nor the person whose name I have written in the front page of this registration form, can be reached, I hereby give permission to the Diocese of St. Augustine's employees, volunteers or representatives to seek medical attention for my child
En caso de que no se puedan poner en comunicación conmigo ni con la persona cuyo nombre he indicado en la primera página de esta hoja de inscripción, autorizo a los empleados, voluntarios o representantes de la Diócesis de St. Agustín a buscar atención médica para mi hijo/hija.

Signature of Parent or Guardian
Firma del Padre, de la madre o de quien tiene la custodia del niño/a

Date – Fecha

**Holy Family Catholic Church
17353 NE Hwy 27 Alt
Williston, FL 32696
352-528-2893**

Diocese of Saint Augustine, FL
CHILD PHOTOGRAPHY RELEASE FORM

Without compensation, I hereby grant permission to the Catholic Diocese of Saint Augustine to use and reproduce photographs taken of my child. These photographs may be used for news and editorial purposes in publications, electronic reproductions (websites) and/or brochures. In addition, I grant my permission to alter the same photos without restriction and to copyright the same. I hereby release the photographer, the journalists and the publications or media outlets they represent, as well as the Catholic Diocese of Saint Augustine from all claims and liability relating to said photographs.

Sin compensación, yo le permito a la Diócesis de San Agustín, a la Iglesia de Nuestra Señora de Guadalupe a usar y reproducir fotos que se le tomen a mi hijo/a. Estas fotos las pueden usar en publicaciones ya sea en periódicos o la red de Internet. Por lo tanto, libero al Fotógrafo, el periodista, y las publicaciones que ellos representan, y también a la Diócesis católica de San Agustín de cualquier cargo y responsabilidad relacionadas con estas fotos.

NIÑO/NIÑA – CHILD

Apellido – Last Name

Nombre – Name

Signature of Parent or Guardian
*Firma del Padre, de la madre o de
quien tiene la custodia del niño/a*

Date – Fecha