

**Holy Family Catholic Church**  
**17353 NE Hwy 27 Alt**  
**Williston, FL 32696**  
**352-528-2893**  
**RELIGIOUS EDUCATION REGISTRATION**  
**2015-2016**

**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 Comunión – First Communion: 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

Nombre y teléfono de las personas que está autorizadas para recoger al niño/a

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y teléfono 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**

**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.

Signature – Firma \_\_\_\_\_

Date – fecha \_\_\_\_\_