

RETIRO JEREMIAS

**** Por favor, completa todos los espacios con letra que sea fácil de leer ****

Nombre: _____

Dirección: _____

P.O. Box: _____

Ciudad: _____ C.P. _____

Correo electrónico: _____

Núm. de Teléfono: (_____) _____

Nombre de la parroquia _____

¿Eres católico(a)? Sí No ¿otro? _____

¿Has recibido tu Primera Comunión? Sí No ¿Has recibido tu Confirmación? Sí No

¿Pertenece a algún grupo juvenil en tu parroquia?

Sí ¿cuál? _____ No ¿Puedes leer en español? Sí No

¿Cómo te enteraste de este retiro? _____

¿Qué esperas encontrar o aprender al vivir este retiro? _____

¿Cuál es el nombre, parentesco y números de teléfono de la persona con quien vives?

Nombre: _____ Parentesco: _____

Número de Teléfono: (_____) _____ - _____ En caso de emergencia (_____) _____

INFORMACIÓN SOBRE TU SALUD

Favor de anotar cualquier problema físico o relacionado con tu salud del cual los organizadores de este retiro deberían estar enterados (dieta especial, enfermedades del corazón, diabetes, epilepsia, alergias u otras enfermedades)

Género: Masculino Femenino

Grado escolar: _____

Edad: _____

Fecha de Nacimiento:

Día _____ Mes _____ Año _____

AUTORIZACIÓN

Nosotros, los padres o tutores legales autorizamos a nuestro **hijo / a:**

_____ para que participe en el retiro del fin de semana de Sobrevivencia Juvenil. Entendemos y estamos conscientes que no haremos responsables al Movimiento de Fuerza Transformadora, ni a la Diócesis Católica de Little Rock por heridas o cualquier accidente que le suceda durante el fin de semana. **Con mi firma certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es correcta.**

→ _____
(Firma – papá, mamá o tutor legal)

_____ ←
(Fecha)

Depósito: \$40.00 Necesitarás enviar un cheque o giro postal (money-order) junto con esta solicitud - no envíes dinero en efectivo por correo.

Saldo: \$40.00 (después de ser aceptado/a)

Costo TOTAL del fin de semana: \$ 80.00

(Incluye: hospedaje, comida y materiales)

RETIRO JEREMIAS

El objetivo de Jeremias, en el contexto cristiano, es proclamar el mensaje fundamental del Evangelio de Jesucristo. Este mensaje es centrado en la vida, muerte y resurrección de Jesús como el evento central de la historia humana, que ofrece salvación y reconciliación con Dios a través de la fe en él. Jeremias busca anunciar este mensaje de manera que despierte la fe en los jóvenes que reciban esta experiencia, invitándolos a convertirse y responder con un compromiso personal con Cristo. En resumen, el retiro Jeremias busca evangelizar, es decir, llevar la Buena Nueva o la "buenísima noticia" de la salvación a todos los jóvenes.

¿Qué hacemos durante el fin de semana?

Tenemos pláticas, videos, cantos, dinámicas, hacemos oración, compartimos y reflexionamos sobre temas importantes acerca de nuestra fe, de la familia y de nuestras vidas, en fin, hay una variedad de actividades en grupo.

Iniciamos el viernes a las 6:00 p.m. y terminamos el Domingo a la 1:00 p.m. y tendremos la misa a las 10:00 a.m.

REQUISITOS:

- Querer vivir el retiro
- Para ser admitido debes **tener entre 13 y 17 años cumplidos (SIN EXCEPCIONES)**
- **ENVÍA TU SOLICITUD CON TIEMPO, NO ESPERES HASTA EL ULTIMO DÍA, ES POSIBLE QUE EL CUPO YA ESTÉ LLENO. ES NECESARIO QUE NOS PROPORCIONES UN CORREO ELECTRÓNICO QUE ESTÉ ACTIVO.**
- Enviar una solicitud dentro de la fecha límite no garantiza que serás aceptado, en caso de sobre cupo.
- Se recomienda que las comunidades no envíen grupos grandes de participantes. Si tienen muchos participantes es recomendable dividir en dos grupos. Si se reciben muchas solicitudes de una sola comunidad es probable que sean divididos por el equipo coordinador. Si usted tiene alguna duda al respecto, comuníquese inmediatamente al mismo número de información al: **(479)966-2972.**

El cupo es limitado y se aceptarán las solicitudes según como vayan llegando.

Por favor envía tu solicitud

A MÁS TARDAR EL 1 DE AGOSTO (fecha límite) *

Diócesis de Little Rock
Juanita Cigarroa (Ministerio Hispano)
2500 North Tyler Street
Little Rock, AR 72207

¡ATENCIÓN!

***NO** se aceptarán solicitudes después de la fecha límite
(el cupo es limitado) y no se aceptarán solicitudes por medio
de fax.

Código de Comportamiento

(Este Código de Comportamiento debe ser leído por los padres de los participantes, también)

¡Se espera que durante todas las actividades patrocinadas por la diócesis, el participante muestre la madurez, liderazgo y personalidad responsable, lo cual ha sido la marca de la juventud católica dentro de esta Diócesis de Little Rock!

CODIGO DE COMPORTAMIENTO

1. Los participantes deben asistir a todas las sesiones del retiro. Deben tener puestos los gafetes con su nombre todo el tiempo y no pueden por ninguna razón cambiarlo con nadie.
2. Código de vestuario: informal – **no** playeras/blusas inapropiadas, shorts muy pequeños, minifaldas, ropa rasgada o con imágenes o texto inapropiados durante el tiempo del retiro. Si se viste con ropa inapropiada, se le pedirá al participante que se cambie de ropa. No se admiten shorts, minifaldas o escotes durante la Misa.
3. Cada participante es responsable de sus propias acciones, se le pedirá que asuma las consecuencias por cualquier comportamiento negativo y será totalmente responsable por cualquier daño o robo.
4. Los participantes no pueden alejarse del lugar donde se llevará a cabo la actividad al menos que esté acompañado por el padre / tutor o un adulto de su parroquia.
5. Se prohíbe la posesión y/o uso de alcohol, productos de tabaco, cigarrillos electrónicos y drogas.
6. Se prohíbe el uso de teléfono, cámaras de fotografía, video juegos u otro medio que impida vivir la experiencia. En caso de faltar a esta regla, se les recogerá los objetos por algún servidor.
7. Se espera que cada participante muestre un comportamiento sano en todo tiempo. Por lo tanto, es inaceptable cualquier contacto, roce o gesto inapropiado, lenguaje o actividad de naturaleza sexual, lo cual pudiera ofender a otra persona.

Si se comete alguna infracción a estas reglas, el director diocesano hablará con el participante acerca de la infracción cometida. Si algún problema de compartimiento basado en lo anteriormente mencionado requiere acción extrema, aunque es muy raro que esto suceda, se le pedirá al participante que se vaya. El padre / tutor es responsable de retirar al participante del lugar donde la actividad se esté llevando a cabo.

Yo entiendo y acepto este código de comportamiento.

(Firma del participante)

(Fecha)

Doy mi consentimiento y acataremos las condiciones anteriormente mencionadas para que mi hijo/a pueda participar en este evento.

(Firma del papá / mamá / tutor legal)

(Fecha)

Núm. de Tel. (día): _____ **Núm. de Tel. Celular:**

Nombre de otra persona, en caso de que el papá/mamá/tutor no se encuentre:

Núm. de Tel.: _____ **Núm. de Tel. Celular:** _____

Diócesis de Little Rock / Fuerza Transformadora

CONSENTIMIENTO DEL PADRE / TUTOR, RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO MÉDICO

Nombre del Participante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ C.P.: _____

Papá/mamá/tutor legal: _____ Teléfono: (_____) _____

Número de Teléfono Alternativo: (_____) _____ Tel.Celular Localizador

Parroquia: _____ Grado: _____

Edad: _____ Género Masculino Femenino

CONSENTIMIENTO Y DISPENSA DE RESPONSABILIDAD

¡Importante! El padre/tutor debe completar esta forma.

Yo (nombre del papá/mamá/tutor legal) _____, autorizo a mi hijo/a (nombre del participante) _____, para que participe en (el retiro) _____, que se llevará cabo (fecha) _____, (hora) _____, y (lugar) _____.

Dispenso a la Diócesis de Little Rock, a la parroquia (su párroco, ministro juvenil, u otros coordinadores, etc.) o a cualquier representante relacionado con la actividad programada, de toda responsabilidad por cualquier daño que le pudiese ocurrir a mi hijo/a, al menos de que las personas a cargo del evento no tuviesen cuidado o fueran negligentes.

Firma (papá / mamá / tutor legal)

Fecha

CONSENTIMIENTO MÉDICO

Cuestiones Médicas

Por este medio garantizo que mi hijo/a está en buenas condiciones de salud, y asumo toda la responsabilidad por su salud.

En las declaraciones o preguntas a continuación con respecto a cuestiones médicas, complete solamente aquellas con las que usted esté conforme.

Tratamiento médico en caso de una emergencia

Por este medio doy permiso para que transporten a mi hijo/a a un hospital para recibir tratamiento médico ó para que lo operen en caso de una emergencia. Deseo que me avisen en caso de que el hospital o el médico requieran cualquier tratamiento adicional para mi hijo/a.

En caso de una emergencia y que no puedan comunicarse conmigo, por favor comuníquense con:

Nombre y parentesco: _____

Teléfono: _____

Médico de la familia:

_____ Teléfono:

Medicamentos

Mi hijo/a traerá todos sus medicamentos, claramente descritos, que sean necesarios. Los nombres de los medicamentos e indicaciones, incluyendo dosis y frecuencia, para asegurarse de que mi hijo/a tome sus medicamentos son los siguientes:

Mi hijo/a está tomando el siguiente medicamento

Nombre del medicamento (s): _____

Dosis: _____

Administrador: _____

_____ Por este medio **NO PERMITO** que se le administren medicamentos a mi hijo/a, sin importar que tenga o no receta médica, al menos que ponga en riesgo su vida y se requiera tratamiento de emergencia. (Por favor escriba sus iniciales).

_____ Por este medio **DOY PERMISO** para que se le administren medicamentos sin receta médica a mi hijo/a (Tylenol, pastillas para el dolor de garganta, jarabe para la tos) si fuese necesario. Entiendo que no se le administrará aspirina a mi hijo/a. (Por favor escriba sus iniciales).

Información sobre condiciones médicas

(El personal diocesano tomará el debido cuidado para asegurarse de que la siguiente información sea manejada confidencialmente).

¿Ha tenido su hijo/a episodios o ha sido diagnosticado con lo siguiente?: Ataques Asma
 Diabetes

¿Ha tenido su hijo/a reacciones alérgicas a lo siguiente (comidas, tintes, látex etc.)?

¿Ha tenido su hijo/a cualquier cirugía médica en los últimos seis meses? Sí No

¿Está aún su hijo/a bajo cuidado médico? Sí No

¿Esta su hijo/a bajo una dieta médica?

¿Tiene su hijo/a alguna limitación física?

¿Están al día sus vacunas? Sí No Fecha de la última vacuna contra el tétano / difteria

¿Hay cualquier otra cuestión médica que debamos tomar en cuenta?

Información de seguro médico

(Por favor adjunte una copia de su tarjeta de seguro médico, frente y reverso, a esta forma)

Nombre del asegurado: _____

Número de identificación del seguro: _____

Nombre del padre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Lugar de empleo: _____

Nombre de la madre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Lugar de empleo: _____

No, yo no tengo seguro médico en estos momentos.

En caso de que los coordinadores del evento se den cuenta de que mi hijo/a se enferme con síntomas frecuentes como dolor de cabeza, vómito, dolor de garganta, fiebre, diarrea, quiero que me avisen inmediatamente.

Entiendo completamente la información de este Consentimiento de Médico y doy fe de que la información proporcionada es correcta.

Firma (papá/mamá/tutor legal)

Fecha: _____

Fuerza Transformadora
Diócesis de Little Rock
2500 N Tyler St.
Little Rock Ar. 72207