

CONFIRMATION RETREAT for grade 6-8

Saturday, March 2, 2024, 9:00am-4:00pm

The retreat is at **Diocese of Baker Retreat Center** at 14427 SW ALFALFA RD in Powell Butte.

Lunch is provided. Dress for indoor and outdoor activity.

Registration forms are due by February 7, 2024, to St Francis of Assisi Catholic Church.

Phone 541-382-3631 ex116 faithformation@stfrancisbend.org

Youth Name: _____	M/F (circle one)	Grade: _____	Age _____
Address: _____		City: _____	Zip: _____
Father/Guardian: _____		Phone: _____	
Mother/Guardian: _____		Phone: _____	
Email Address: _____			

CODE OF CONDUCT

1. Youth are not permitted to use or have in their possession: vaping, alcohol, tobacco, or illegal drugs.
2. No profanity or fighting.
3. Stealing, lying, cheating, and dishonest conduct are prohibited.
4. Youth will dress modestly and appropriately at all times.
5. Youth are required to attend the entire event.
6. Youth are not permitted to leave an event and return to said event.
7. Youth will follow all rules and regulations of the event.

If you fail to comply with the code of conduct, your parents will be called to get you immediately.

I have read the above Code of Conduct and agree to act in accordance.

Youth Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

"You will receive power when the Holy Spirit comes upon you...." Acts 1:8

____ I would like to help by volunteering to be a retreat chaperone. All adult volunteers will need to complete safe environment training and a back ground check as per the Diocese of Baker guidelines.

Adult Name: _____ phone: _____

RETIRO DE CONFIRMACIÓN para los grados 6-8

Sábado, 2 de marzo de 2024, 9:00 am-4:00 pm

En el Centro de Retiros de la Diócesis 14427 SW ALFALFA RD in Powell Butte.

Se proporciona almuerzo. Vístase para la actividad interior y exterior.

El formulario de inscripción debe entregarse antes del 7 de febrero de 2024, a Iglesia Católica de San Francisco de Asís. Teléfono 541-382-3631 ex116 faithformation@stfrancisbend.org

Nombre: _____ M / F (circule uno) Grado: _____ Edad _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Padre / tutor: _____ Teléfono: _____

Madre / tutor: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

CÓDIGO DE CONDUCTA

1. Los jóvenes no pueden usar o tener en su poder: vapeo, alcohol, tabaco o drogas ilegales.
2. Sin blasfemias ni peleas.
3. Robar, mentir, hacer trampa y conducta deshonestas están prohibidos.
4. Los jóvenes se vestirán modesta y apropiadamente en todo momento.
5. Se requiere que los jóvenes asistan a todo el evento.
6. Los jóvenes no pueden salir de un evento y regresar a dicho evento.
7. Los jóvenes seguirán todas las reglas y regulaciones del evento.

Si no cumple con el código de conducta, se llamará a sus padres para que lo reciban de inmediato.

He leído el Código de conducta anterior y acepto actuar de acuerdo.

Firma de Juvenil: _____ Fecha: _____

Firma del Padre / tutor: _____ Fecha: _____

"Recibirás poder cuando el Espíritu Santo venga sobre ti ..." Hechos 1: 8

_____ Me gustaría ayudar siendo voluntario para ser un chaperón de retiro. Todos los voluntarios adultos deberán completar la capacitación en un ambiente seguro y una verificación de fondo según las pautas de la Diócesis de Baker.

Nombre de adulto: _____ Teléfono: _____

AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT AND RELEASE OF ALL CLAIMS

Youth's Name _____ Birthdate ___/___/___ Gender M or F Age ___
If parent is not available in an emergency, please notify

Name _____ Phone _____ Relationship _____
.....

I give my consent for the administration of any emergency treatment deemed necessary by a registered nurse, a licensed physician or dentist; and the transfer of the minor to any hospital reasonably accessible when medically necessary. This authorization does not cover major surgery unless the medical opinion of two other licensed physicians concurring in the necessity for such surgery are obtained prior to the performance of such surgery

Family Physician _____ Phone _____

Dentist/Orthodontist _____ Phone _____

Do you carry medical/hospital insurance? Yes ___ No ___ If yes, please indicate:

Company _____ Policy/Group # _____

Food/Drug Allergies _____

Specific Needs in Regards to Food _____

Disability/Chronic Illness _____

Is youth taking medication prescribed by a physician now? Yes ___ No ___ If so, please list all medications prescribed, the size of dose, and when it is to be taken.

PARENTAL RELEASE FOR PARISH ACTIVITIES

In Consideration of the permission granted to the above named by St. Francis of Assisi Parish to Participate in **Confirmation Retreat 2024 on March 2, 2024**. I hereby release the Bishop of the Diocese of Baker, the Diocese of Baker, St. Francis of Assisi Parish, its agents and employees from all action causes of actions, or damages claims, demands which I, my heirs, executors, administrators, or assigns may have against the Diocese of Baker and other above described parties, for all personnel injuries or to other claims for relief known or unknown which said child or ward has or may incur by participating in the above described activity/event and which normally occur as an assumed risk of participating in said activity or activities. I agree to compensate the parish, its officers, directors and agents and the Diocese of Baker, its employees and agents and chaperones, or representative associated with the event for reasonable attorney's fees and expenses which may incur in any action brought against them as a result of such injury or damage, unless such claim arises from the negligence of the parish/diocese.

I give my permission for my child's image to appear on the parish or diocese website, social media, news bulletin or in future publications of the parish or diocese.

I, the undersigned, have read this release and understand all its terms. I execute it voluntarily and with full knowledge of its significance.

PARENT OR ADULT GUARDIAN'S SIGNATURE: _____ **Date** _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA Y LIBERACIÓN DE TODAS LAS RECLAMACIONES

Nombre de la Juventud _____ Cumpleaños ___ / ___ / ___ Sexo M o F Edad ___
Si no está disponible en una emergencia, por favor notifique

Nombre _____ Phone _____ Relación _____

Doy mi consentimiento para la administración de cualquier tratamiento de emergencia que una enfermera registrada, un médico o dentista con licencia considere necesario; y la transferencia del menor a cualquier hospital razonablemente accesible cuando sea médicamente necesario. Esta autorización no cubre una cirugía mayor a menos que la opinión médica de otros dos médicos con licencia concurrentes en la necesidad de tal cirugía se obtenga antes de la realización de dicha cirugía.

Médico de Familia _____ Teléfono _____

Dentista / Ortodoncista _____ Teléfono _____

¿Tiene seguro médico / hospitalario? Sí ___ No ___ En caso afirmativo, indique:

Compañía _____ Política / Grupo # _____

Alergias a alimentos / medicamentos _____

Necesidades específicas en cuanto a la comida _____

Discapacidad / Enfermedad Crónica _____

¿Los jóvenes toman medicamentos recetados por un médico ahora? Sí ___ No ___ En caso afirmativo, enumere todos los medicamentos recetados, el tamaño de la dosis y cuándo debe tomarse.

LIBERTAD PARENTAL PARA LAS ACTIVIDADES PARROQUIALES

En consideración del permiso otorgado a la mencionada arriba por la Parroquia de San Francisco de Asís para participar en el **Retiro de Confirmación 2024 el 2 de marzo de 2024**. Por la presente libero al Obispo de la Diócesis de Baker, la Diócesis de Baker, San Francisco de Asís Parroquia, sus agentes y empleados de todas las causas de acciones o reclamos por daños y perjuicios, demandas que yo, mis herederos, albaceas, administradores o cesionarios puedan tener contra la Diócesis de Baker y otras partes antes descritas, por lesiones personales u otras reclamaciones de socorro conocidas o desconocidas que dicho niño o pupilo ha incurrido o puede incurrir al participar en la actividad / evento descrito anteriormente y que normalmente ocurren como un riesgo asumido de participar en dicha actividad o actividades. Acepto compensar a la parroquia, sus funcionarios, directores y agentes y la Diócesis de Baker, sus empleados y agentes y chaperones, o representante asociado con el evento por los honorarios y gastos razonables de los abogados que pueden incurrir en cualquier acción en su contra como resultado de tal lesión o daño, a menos que tal reclamo surja de la negligencia de la parroquia / diócesis.

Doy mi permiso para que la imagen de mi hijo aparezca en el sitio web de la parroquia o diócesis, Redes sociales, en el boletín de noticias o en futuras publicaciones de la parroquia o diócesis.

Yo, el abajo firmante, he leído este comunicado y entiendo todos sus términos. Lo ejecuto voluntariamente y con pleno conocimiento de su significado.

FIRMA DEL PADRE O ADULTO DEL TUTOR: _____ Fecha _____