

Nombre de la Familia: _____

Niño(s) Registrado(s) _____

¿Su niño tiene cualquier educación especial o necesidades físicas? Es muy importante que seamos conscientes de este hecho con el fin de que el maestro puede trabajar con usted y con su niño.

Sí No Si la respuesta es sí, por favor da el nombre del niño, el grado y explicar:

¿Su niño(s) toma la medicación regularmente que debemos ser conscientes?

Sí No Si la repuesta es sí, por favor, da el nombre del niño, el grado y explicar:

DIÓCESIS CATÓLICA DE ARLINGTON

FOTO, PRENSA, AUDIO, Y COMUNICADO A LOS MEDIOS ELECTRÓNICOS

Yo autorice a **la Diócesis Católica de Arlington**, las parroquias y/o las escuelas para usar y publicar las fotografías y/o imagen en movimiento o vídeo para que mi hijo/a(s) han planteado.

Estoy de acuerdo en que **la Diócesis Católica de Arlington**, las parroquias y/o las escuelas pueden utilizar dichas fotografías de mi hijo/a(s) con o sin su nombre y para cualquier fin lícito, incluyendo por ejemplo los efectos de publicidad, ilustración, boletín, y el contenido de la Web.

He leído y comprendido todo lo anterior:

Firma _____

Nombre Impreso _____

Fecha _____

Yo entiendo y cumpliré con las políticas en el Manual del Padre-Estudiante de Educación de San José se encuentra en la Parroquia sitio web: www.sjcherndon.org, en virtud de la "Faith Formation". Una copia del manual se distribuirá en la reunión de orientación de los Padres.

Firma _____ Fecha _____
