CONFIRMATION 1 FEES- *CONFIRMACIÓN 1 CUOTAS*

$140 1 teen / *1 adolescente*
$235 2 teens / *2 adolescentes*
$335 3 teens / *3 adolescentes*
$415 4+ teens / *4+ adolescentes*

An additional retreat fee of $250 is required for our C1 Retreat in December. You may pay this fee at the time of registration, along with your registration fee, or you can choose to pay closer to the retreat date. *Se requiere un pago adicional de $250 para nuestro Retiro C1 en diciembre. Puede pagar esta cuota al momento de la inscripción, junto con la cuota de inscripción, o puede optar por pagarla más cerca de la fecha del retiro.*

RESERVED FOR OFFICE USE ONLY
RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Registration Payments						
Date	Receipt #	Due	Paid	Balance	Check #	Initials

NOTES:_____

Retreat Payments						
Date	Receipt #	Due	Paid	Balance	Check #	Initials

NOTES:_____

Christ Our Savior Catholic Parish
REGISTRATION CONFIRMATION YEAR 1 2026-27
INSCRIPCIÓN CONFIRMACIÓN AÑO 1 2026-27
Grades 9-11 / ***Grados 9-11***

Family registered in Parish?*¿Está la familia registrada en la parroquia?* Yes-*Sí* No

Parish ID # - *# de Sobre:* _____

TEEN INFORMATION - *INFORMACIÓN DEL ADOLESCENTE*

First Name-*Nombre*:_____ **Last Name-***Apellido*:_____

Date of Birth
Fecha de nacimiento: _____

Age
Edad: _____

Gender
*Sexo***: Female-***Femenino* **Male-***Masculino*

T-Shirt Size-*Talla de playera:* ***X*S S M L XL XXL**

Name of High School—*Nombre de Preparatoria*: _____

Grade in High School in September 2026
Grado de preparatoria en Septiembre del 2026: **9th 10th 11th**

Home Address-*Domicilio*:_____

City-*Ciudad*: _____ **Zip-***CP*: _____

Language(s) teen speaks? - *¿Idioma(s) que habla el adolescente?*_____

PARENT(S) LEGAL GUARDIAN NAMES— *NOMBRES DE LOS PADRES, TUTORES LEGALES*

Mother-
Madre:_____
Name-*nombre* **Last name-*apellido***

Mother Email
*Madre correo electrónico:*_____

Mother Cell #
Madre teléfono móvil: _____

Mother's Last Name Before Marriage
Apellido de la madre antes del matrimonio: _____

Father-
Padre:_____
Name-*nombre* **Last name-*apellido***

Father Email
*Padre correo electrónico:*_____

Father Cell #
Padre teléfono móvil: _____

What language is spoken at home?-*¿Idioma que se habla en casa?* **English** ***Español*** **Việt** **ASL**

TEEN SACRAMENTAL INFORMATION
INFORMACIÓN SACRAMENTAL DEL ADOLESCENTE

Already Baptized Catholic?-*¿Ya está bautizado católico?* Yes-*Sí* No

Needs to be Baptized Catholic?-*¿Necesita bautizarse católico*? Yes-*Sí* No

Parish of Baptism-*Parroquia del Bautismo*: _____

Already made First Communion?-*¿Ya ha hecho la Primera Comunión*? Yes-*Sí* No

Parish of First Communion-*Parroquia de Primera Comunión:* _____

Already Confirmed?-*¿Ha sido Confirmado(a)*? Yes-*Sí* No

Parish of Confirmation-*Parroquia de Confirmación:*_____

TEEN EMERGENCY CONTACT
CONTACTO DE EMERGENCIA PARA ADOLESCENTES

Emergency Contact Name- *Nombre del contacto de emergencia*

_____ _____

Relation- *Relación* **Cell #-** *Teléfono*

MEDICATION/ALLERGIES—*MEDICAMENTOS/ALERGIAS*

Choose at least one - *Escoga por lo menos uno:*

☐ **My child will be taking a prescription medication-** *Mi hijo/hija estará tomando medicamentos con receta*

Name of medication **Dosage** **Times per day:**
*Nombre del medicamento:*_____ *Dósis:*_____ *Veces al día:*_____

☐ **My child will be taking a non-prescription medication.-** *Mi hijo/hija estará tomando medicamentos sin receta*

Name of medication **Dosage** **Times per day:**
*Nombre del medicamento:*_____ *Dósis:*_____ *Veces al día:*_____

☐ **My child will not be bringing any medications, but I authorize, if needed, school/parish/diocesan staff to give my child non-prescription, over-the-counter, medications:-** *Mi hijo/hija no llevará consigo ningún medicamento, pero autorizo, si es necesario, a los líderes de la escuela/parroquia/diócesis darle a mi hijo/hija medicamento sin receta*

Any Allergies/Medical Problems/Special Dietary Requirements?
Alergias/Problemas Médicos/Dietas Especiales: _____

TEENS IN SPECIAL EDUCATION ONLY— *SOLAMENTE ADOLESCENTES EN EDUCACIÓN ESPECIAL*

At school, does the teen attend special education classes? Yes No
¿En la escuela, el adolescnte recibe clases de educación especial? *Sí* *No*

Brought IEP? Yes No N/A
¿Trajo IEP? *Sí* *No* *N/A*

ENGLISH MINOR RELEASE FORM

I, _____grant permission for my child, _____
Parent or Guardian's Name **Child's Name**
to participate in this school/parish/diocesan event. This activity will take place under the guidance and direction of school/parish/diocesan employees and/or volunteers from Christ Our Savior Catholic Parish. As parent/legal guardian, I remain legally responsible for any personal actions taken by the above named minor participant. I agree on behalf of myself, my child named herein, or our heirs, successors, and assigns, to hold harmless and defend Christ Our Savior Catholic Parish, its officers, directors, employees and agents, and the Diocese of Orange, its employees and agents, chaperones, or representatives associated with the event, from any claim arising from or in connection with my child attending the event or in connection with any illness or injury (including death) or cost of medical treatment in connection therewith, and I agree to compensate the parish/school, its officers, directors and agents, and the Diocese of Orange, 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/school or the Diocese of Orange. I authorize the making of photographs, motion pictures, video tapes, recordings or other memorializing of said event and my child's participation therein, and the publication and duplication or other use thereof. I waive any rights to compensation or any right that I otherwise might have to limit or control such making or use. I hereby authorize the making of photographs, motion pictures, videos, recordings, or other memorializing of all year events and my teen's participation therein, and the publication and duplication or other use thereof, including Instagram. I hereby waive any rights to compensation or any right that I otherwise might have to limit, to control such make or use.
I give permission to the physician, nurse, dentist or licensed care staff selected by the supervisory personnel then present to render medical, dental or other appropriate treatment deemed necessary and appropriate by the physician, nurse, dentist or licensed care staff.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA MENORES

Yo, _____ doy permiso a mi hijo/hija, _____
Nombre del Padre o Guardián/Tutor **Nombre del Hijo / Hija**
a participar en el evento escolar/parroquial/diocesano. Esta actividad será guiada bajo la dirección de empleados o voluntarios de dicha escuela/parroquia/diócesis Parroquia Católica Cristo Nuestro Salvador. Como padre/guardián o tutor legal, yo continuo siendo responsable legalmente por las acciones tomadas por el participante/menor nombrado arriba. Acuerdo de parte mía, y de mi hijo/hija, herederos o herederos, sucesores o sucesoras y asignados en defender y encontrar sin falta a Parroquia Católica Cristo Nuestro Salvador sus oficiales, directores, empleados y agentes, así como al Diócesis de Orange, sus empleados y agentes, chaperones, funcionarios o representativos asociados con el evento, de cualquier reclamo en conexión con mi hijo/hija asistiendo al evento o en conexión a cualquier enfermedad y lesión que él/ella pudiera sufrir (incluyendo la muerte) o el costo de cualquier tratamiento y acuerdo o recompensar la parroquia/escuela, sus oficiales y funcionarios, directores y agentes y la Diócesis de Orange, sus empleados y agentes, chaperones o representantes asociados con el evento por gastos y costos razonables de abogados que pueden incurrir durante cualquier acción en contra como resultado de lesión o daño, aun cuando los daños ocasionados hayan sido producidos por negligencia, activa o pasiva, de cualquiera de las escuelas/parroquias o la misma Diócesis de Orange. Yo autorizo a que se tomen fotografías, reportajes gráficos, películas o grabaciones de la actividad en las que figure mi hijo(a), así como la publicación o reproducción de las mismas. Renuncio, por tanto a cualquier compensación o a cualquier derecho que pudiera tener de limitar y controlar la realización o el uso de tales registros. Por la presente, autorizo la realización de fotografías, películas, videos, grabaciones u otras formas de conmemoración de los eventos del año y la participación de mi hijo adolescente en ellos, así como su publicación, duplicación u otro uso, incluyendo Instagram. Por la presente, renuncio a cualquier derecho a compensación o a cualquier derecho que pudiera tener para limitar o controlar dicha realización o uso.
Yo autorizo a que médicos, enfermeras, dentistas o personal sanitario seleccionado por el personal a cargo de la actividad, presten la atención médica, dental o cualquier otro tratamiento apropiado que estimen sea necesario.

Parent/Guardian Signature
Firma del Padre/Guardian: _____

Date-*Fecha:* _____