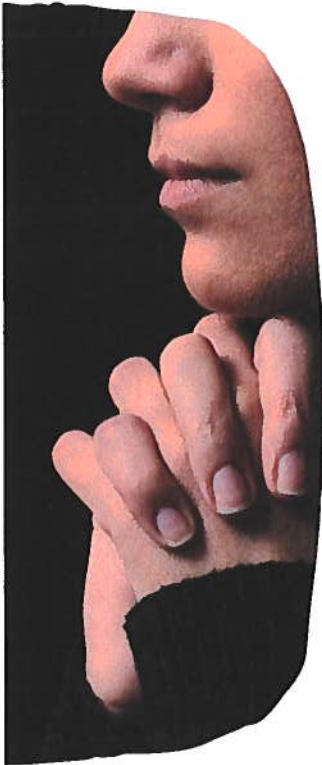


Kairos Retreat

March 24-27 de marzo

a retreat for high school sophomores & juniors
un retiro para los estudiantes del grado 10-11



MORE INFO

Cost: \$150

www.st-francis.net/kairos

Registration due March 1

Space is limited!



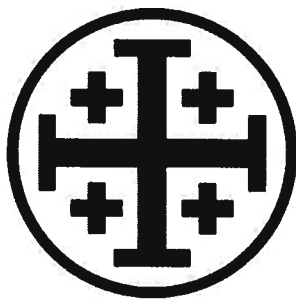
MÁS INFO

Costo: \$150

www.st-francis.net/kairos

Registrar antes del 1 de marzo

Espacio limitado



Kairos Retreat Registration Form (2022)

For high school sophomores and juniors

Thursday, March 24-Sunday March 27

The retreat runs from Thursday after school until about 6pm on Sunday. Please do not make plans for anything else during that time. Students may not join the retreat late nor leave to attend other events.

Note: there is a mandatory parent meeting on Monday, March 7 at St. Henry Church (6-7pm English & 7-8pm Spanish) to discuss the format and contents of the Kairos retreat. Kairos participants are not to attend this meeting. You will receive a reminder email with details approximately a week in advance.

Because of the length of the program (3 full days), it is necessary to charge \$150 to help cover the costs. Please include payment (check preferred to: "St. Francis of Assisi Parish" memo: Kairos – cash also accepted) with this completed form to the parish office by March 1, 2022.

Space is limited and there will be a waiting list when the retreat fills up. Changes can take place right up until the week before the retreat.

Registración para el retiro de Kairos (2022)

estudiantes del grado 10-11

jueves, 24 de marzo-domingo 27 de marzo

El retiro empieza desde el jueves después de la escuela hasta alrededor de las 6:00 p. m. hasta el domingo. Por favor, no haga planes durante este tiempo. Los estudiantes no pueden llegar tarde al retiro ni salir para asistir a otros eventos.

Nota: hay una reunión de padres obligatoria el lunes 7 de marzo en la Iglesia St. Henry (6-7 pm en inglés y 7-8 pm en español) para discutir el formato y el contenido del retiro de Kairos. Los estudiantes no deben asistir a esta reunión. Recibirá un correo electrónico de recordatorio con los detalles aproximadamente con una semana de anticipación.

Debido a la duración del programa (3 días completos), es necesario cobrar \$150 para ayudar a cubrir los costos. Incluya el pago (cheque preferido a nombre de: " St. Francis of Assisi" memo: Kairos - también se acepta efectivo) por favor de regresar el formulario completo a la oficina parroquial antes del 1 de marzo de 2022.

El espacio es limitado y habrá una lista de espera cuando se llene las registraciones para el retiro. Los cambios pueden tener lugar hasta la semana antes del retiro.

KAIROS Retreat Application

2021-2022 Annual Parental/Guardian Consent Form and Liability Waiver

Cost \$150: cash check (preferred: St. Francis of Assisi Parish, memo: Kairos)

This Consent Form and Liability Waiver is required for and serves both on-site programs and off-site/field trip events/activities for the stated program year. This form needs to be completed annually for each student. To obtain the needed permission, contact, emergency and medical information you are requested to supply the needed information. As the specifics of each off-site/field trip event are known you will be required to complete an *Off-site/Field Trip Permission Form* outlining the specifics of each activity. Please complete all sections.

Section 1 - Contact Information

Student/Participant's Name: _____

Birthdate: _____ Gender: Female Male

Parent/Guardian's Name: _____

Home Address: _____

Home/Cell Phone: _____ Business/Cell Phone: _____

Section 2 - Off-site/Field Trip Consent Form and Liability Waiver

I, _____, (Parent or Guardian's Name) grant permission for my child,

_____ (Name of Child) to participate in school/parish events this year that may require transportation to a location away from the school/parish site. The activities will take place under the guidance and direction of school/parish employees and/or volunteers of **ST. FRANCIS OF ASSISI PARISH**. As parent and/or 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, its officers, directors of **ST. FRANCIS OF ASSISI PARISH** and agents, and the Archdiocese of Dubuque, chaperons, or representatives associated with the events, arising from or in connection with my child attending the events or in connection with any illness or injury or cost of medical treatment in connection therewith, and I agree to compensate the parish, its officers, directors and agents, and the Archdiocese of Dubuque, chaperons, or representatives associated with the events for reasonable attorney's fees and expenses which they may incur in any action I/we may bring against them as a result of such injury or damage, unless such claim arises from the negligence of the parish/school or the Archdiocese of Dubuque.

Section 3 - Specific Medical Matters: I hereby warrant that to the best of my knowledge, my child is in good health, and I assume all responsibility for the health of my child.

Item A - Emergency Medical Treatment: In the event of an emergency, I hereby give permission to transport my child to a hospital for emergency medical or surgical treatment. I wish to be advised prior to any further treatment by the hospital or doctor. In the event of an emergency, if you are unable to reach me at the above numbers, contact:

Name & Relationship: _____ Phone: _____

Family Doctor: _____ Phone: _____

Family Health Plan Carrier: _____ Policy #: _____

Item B - Other Medical Treatment:

In the event it comes to the attention of the parish/school, its officers, directors and agents, and the Archdiocese of Dubuque, chaperons, or representatives associated with the activity that my child becomes ill with symptoms such as vomiting, sore throat, fever, diarrhea, I want to be notified.

Yes

No

If Yes, Please call: _____

On-site Nonprescription Medication Permission - I hereby grant permission for nonprescription medication (such as ibuprofen, Tylenol, throat lozenges, etc.) to be given to my child in the event a condition arises after my child is already in attendance at the on site program.

Yes

No

Item C - Specific Medical Information: The parish/school will take reasonable care to see that the following information will be held in confidence. Check/explain all that are applicable to this student/participant.

Allergic reactions (medications, foods, plants, insects, etc.): _____

Utilizes asthma or airway constricting prescription medication (see item 9.2 below) _____

Has a medically prescribed diet? _____

Any physical limitations? _____

You should be aware of these special medical conditions of my child: _____

Signature: _____ Date: _____

THIS FORM REPLACES PREVIOUS VERSIONS AS OF DATE SIGNED

Administration of Medication - Archdiocesan Catholic School Board Policy 5141, items 9-10. (For Catholic School programs only)

9. Dispensing of prescription medication

- 1. For Catholic schools - Dispensing of prescription medication will be administered by a nurse or designated party with training and with the written consent of parent(s)/guardian(s). Prescription medication must be provided to the school in the original labeled container containing the physician's name, name of the medication, and dosage/frequency to be given. A record of each dose of medication administered will be documented in the pupil's health record.
- 2. Students utilizing asthma or airway constricting prescription medication are allowed to administer their own dosage provided a completed consent form is on file in the school/program office. Such forms must be filed annually.
- 3. Contraceptives will not be dispensed. Iowa Code §280.16

10. Dispensing of nonprescription medication may occur, provided the parent/guardian have signed and dated an authorization identifying medication, dosage, and time interval to be administered. Nonprescription medications can be provided on off-site field trips if the parent/guardian signs a nonprescription medication authorization for each off-site field trip.

Signature: _____ Date: _____

¡Registración para el retiro KAIROS!

2021-2022 Hoja Anual de Autorización de Padre/Acudiente/Tutor Legal y Renuncia a Reclamaciones

Costo \$150: en efectivo cheque (preferido: St. Francis of Assisi Parish, memo: Kairos)

Esta forma de Autorización y Renuncia a Reclamaciones es requerida y sirve ambos para los programas/excursiones/eventos dentro y fuera de la escuela o parroquia por el año anotado. Esta forma debe ser completada anualmente para cada estudiante/participante. Para obtener el permiso necesario, usted debe facilitar la información necesaria sobre la persona de contacto e información médica en caso de emergencia. Tan pronto como los detalles de cada evento/excursión sean obtenidos, será requerido que usted complete una *forma de permiso para excursiones fuera de la escuela o parroquia* que incluirá los detalles del evento. Favor de completar todas las secciones.

Sección 1 – Información de contacto

Nombre del estudiante/participante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: __10/sophomore__11/junior Sexo: __F__M

Nombre de Padre/Acudiente: _____

Dirección de Domicilio: _____

Teléfono de casa o celular: _____

Teléfono del trabajo o celular: _____

Sección 2 – Autorización y Renuncia a Reclamaciones para excursiones fuera de la escuela o parroquia

Yo, _____, doy permiso para que mi hijo/a,

Nombre de Padre o Acudiente

_____, participe en cualquier evento de la

Nombre del Estudiante/Participante

escuela/parroquia este año que requiere transportación a un lugar fuera de la escuela/parroquia. Las actividades tendrán lugar bajo la supervisión y administración de empleados de la escuela/parroquia y/o voluntarios de _____

ST. FRANCIS OF ASSISI PARISH

Nombre de la Escuela/Parroquia

Yo, como padre/acudiente y/o tutor legal, permanezco legalmente responsable por cualquier acción personal tomada por el estudiante aquí mencionado (“Participante”).

Yo consiento, yo mismo y a nombre de mi hijo/a aquí mencionado y nuestros herederos, sucesores, y cesionarios, en eximir de toda responsabilidad y defender a

ST. FRANCIS OF ASSISI PARISH

Nombre de la Escuela/Parroquia

Arquidiócesis de Dubuque, chaperones o representantes asociados con los eventos, que puedan surgir de o que estuviesen conectados con el viaje de mi hijo/a o su asistencia a los eventos o que estuviesen conectados con cualquier enfermedad o lesión o costos de tratamiento médico conectados con el mismo, y acepto compensar a la parroquia, sus oficiales, directores, y agentes, y a la Arquidiócesis de Dubuque, chaperones, o representantes asociados con los eventos y gastos razonables de abogado que puedan surgir con respecto a cualquier acción que yo/nosotros decida presentar contra ellos como consecuencia de la lesión o daño, a menos que tal reclamo resulte de la negligencia de la escuela/parroquia o la Arquidiócesis de Dubuque.

Sección 3 - Asuntos Médicos Específicos: Por la presente yo garantizo que según mi leal saber y entender, mi hijo/a está en buena salud, y yo asumo responsabilidad por la salud de mi hijo/a.

Parte A - Tratamiento Médico de Emergencia. En caso de emergencia, yo por la presente doy mi permiso para que mi hijo/a sea transportado a un hospital para tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. Yo deseo ser notificado antes de cualquier otro tratamiento por el hospital o el doctor. En caso de emergencia, si no pueden comunicarse conmigo usando los teléfonos apuntados arriba, favor de comunicarse con:

Nombre y relación: _____ Teléfono: _____
Médico de Familia: _____ Teléfono: _____
Compañía de Seguro de Salud de la Familia: _____ # de la Póliza: _____

Parte B - Otros Tratamientos Médicos: En caso de que llegue a ser evidente a la parroquia/escuela, sus oficiales, directores, y agentes, y a la Arquidiócesis de Dubuque, chaperones o representantes asociados con las actividades que mi hijo/a se enferme con síntomas como dolor de cabeza, vómitos, garganta adolorida, fiebre, o diarrea, quiero ser notificado. _____ Sí _____ No.

Si es sí, Favor de llamar: _____

Permiso para Medicamento No-Recetado en la escuela/parroquia – Por la presente doy permiso para que ciertos medicamentos no recetados (como Ibuprofen, Tylenol, pastillas para la garganta) puedan ser administrados a mi hijo/a en el evento de que sea una situación necesaria y que haya sucedido después de que mi hijo/a esté atendiendo en el lugar del evento. _____ Sí _____ No.

Parte C - Información Médica Específica: La parroquia/escuela tomará precauciones razonables para asegurar que la siguiente información se mantenga confidencial. Marque/explique todo lo que es aplicable o perteneciente al estudiante/participante.

-Reacciones alérgicas (medicamentos, alimentos, plantas, insectos, etc.): _____

-Usa algún medicamento recetado para el asma o para ayudar al sistema respiratorio (vea artículo 9.2 abajo)

-Tiene su hijo/a una dieta recetada por razones médicas? _____

-Alguna limitación física? _____

-Usted debe saber de las siguientes condiciones médicas especiales de mi hijo/a:

ESTA FORMA REEMPLAZA TODAS LAS VERSIONES ANTERIORES DESDE LA FECHA FIRMADA.

Administración de Medicamentos – Póliza 5141, artículos 9-10 de la Asamblea Escolar Católica Arquidiocesana.

9. Dispensación de medicamentos recetados

1. Para escuelas católicas – Dispensación de medicamentos recetados será administrada por una enfermera o partido designado con entrenamiento y con permiso escrito de los padres/acudientes/tutores legales. Medicamentos recetados deben ser entregados a la escuela en su contenido original con la información del doctor, nombre del medicamento, dosis y frecuencia de administración. Un informe de cada dosis administrada será documentado en el archivo escolar de salud del estudiante/participante.
2. Estudiantes/participantes utilizando medicamentos para el asma o para asistencia al sistema respiratorio podrán administrarse su propia dosis si sus padres/acudientes/tutores legales han completado anteriormente un permiso de consentimiento y está bajo archivo en la oficina de la escuela/parroquia. Estas formas deben ser completadas y archivadas anualmente.
3. Contraceptivos no serán dispensados. Iowa Código §280.16
10. Dispensación de medicamentos no-recetados puede ocurrir, si los padres/acudientes/tutores legales han firmado y con fecha una autorización identificando el medicamento, la dosis, y la frecuencia de administración. Medicamentos no-recetados pueden ser dispensados en las excursiones fuera de la escuela/parroquia si los padres/acudientes/tutores legales firman una autorización de medicamentos no-recetados para cada excursión fuera de la escuela/parroquia.

Firma: _____ Fecha: _____