



New York Catholic Youth Day 2023

Registration Instructions:

1. **After reading these instructions, fill out the form in #9 below with your parish/school/organization information.**
2. **Select the number of adult chaperones you will have attending.** Chaperones must be 21 or older and must have completed the Archdiocese of New York's Safe Environment background check and training (this is either Virtus and Safer Spaces depending on role)

Minimum chaperone ratios:

- 2 adults for 1-16 youth
- 3 adults for 17-24 youth
- 4 adults for 25-32 youth
- 5 adults for 33-40 youth
- 6 adults for 41-48 youth, etc.

3. **Select the number of youth participants.** Youth participants must be in grades 9-12.
4. **Select the T-shirt sizes you believe you will need.**
5. **Pay your registration fee.** Admission is \$40/youth or adult before March 31. Your registration fee covers the per person expenses such as food, water, t-shirts, and water bottles. Tickets are *non-refundable*. However, substitutions can be made as long as the adult/youth ratios are maintained. *Registrations made March 31 or after are not guaranteed a t-shirt or water bottle and include a \$20 late fee per person.* If paying by check, make it payable to the "Archdiocese of New York" and mail it to:

Mrs. Yaneli Ferreira
Department of Youth Faith Formation
1011 First Avenue
New York, New York 10022

6. **Attached are the following forms:**
 - Parish registration cover sheet
 - Release forms for adults
 - Consent and Release forms for youth
7. **Distribute forms and collect from all your participants.** Check to make sure all areas are signed and/or initialed. Make sure all your adults are safe environment compliant and their forms are signed by the pastor, D/CRE, or approved staff member.
8. **Email completed youth and adult forms** to yaneli.vargas@archny.org no later than March 31, 2023. First 15 parishes to email their completed forms will be entered into a raffle to win an LCD projector for their parish/school.
9. Fill out the appropriate form to register:

Paying by credit/debit card? Please use this form: <https://form.jotform.com/220335301377043>

Paying by check? Please use this form: <https://form.jotform.com/220476363163959>



New York Catholic Youth Day 2023

Complete forms and use as a cover sheet to email youth and adult permission/medical forms to yanelsi.vargas@archny.org.

PARISH/SCHOOL/ORGANIZATION NAME: _____

CITY: _____ COUNTY: _____

CONTACT PERSON: _____ PHONE: _____

ADULT LEADERS:

Chaperones must be over 21

NAME	SAFE ENVIRONMENT COMPLIANT	FORM ATTACHED
1.	☐	☐
2.	☐	☐
3.	☐	☐
4.	☐	☐
5.	☐	☐
6.	☐	☐
7.	☐	☐
8.	☐	☐
9.	☐	☐
10.	☐	☐
11.	☐	☐
12.	☐	☐
13.	☐	☐
14.	☐	☐
15.	☐	☐
16.	☐	☐



PARISH/SCHOOL/ORGANIZATION NAME: _____

CITY: _____ COUNTY: _____

YOUTH PARTICIPANTS:

Must be in grades 9-12.

NAME	GRADE	FORM ATTACHED
1.		☐
2.		☐
3.		☐
4.		☐
5.		☐
6.		☐
7.		☐
8.		☐
9.		☐
10.		☐
11.		☐
12.		☐
13.		☐
14.		☐
15.		☐
16.		☐
17.		☐
18.		☐
19.		☐
20.		☐
21.		☐
22.		☐
23.		☐
24.		☐



PARISH/SCHOOL/ORGANIZATION NAME: _____

CITY: _____ COUNTY: _____

YOUTH PARTICIPANTS

CONTINUED: Must be in grades 9-12.

NAME	GRADE	FORM ATTACHED
25.		☐
26.		☐
27.		☐
28.		☐
29.		☐
30.		☐
31.		☐
32.		☐
33.		☐
34.		☐
35.		☐
36.		☐
37.		☐
38.		☐
39.		☐
40.		☐
41.		☐
42.		☐
43.		☐
44.		☐
45.		☐
46.		☐
47.		☐
48.		☐



PARISH/SCHOOL/ORGANIZATION NAME: _____

CITY: _____ COUNTY: _____

YOUTH PARTICIPANTS

CONTINUED: Must be in grades 9-12.

NAME	GRADE	FORM ATTACHED
49.		☐
50.		☐
51.		☐
52.		☐
53.		☐
54.		☐
55.		☐
56.		☐
57.		☐
58.		☐
59.		☐
60.		☐
61.		☐
62.		☐
63.		☐
64.		☐
65.		☐
66.		☐
67.		☐
68.		☐
69.		☐
70.		☐
71.		☐
72.		☐

ADULT MEDICAL INFORMATION AND LIABILITY WAIVER

This form must be completed by every adult and chaperone attending the event.

Name _____ Age _____

Address _____

Parish/School _____ Parish/School City _____

I, _____, choose to attend New York Catholic Youth Day to be held at St. Joseph's Seminary, 201 Seminary Ave, Yonkers, NY 10704 on Saturday, April 22, 2023. I hereby warrant that to the best of my knowledge, I am in good health and I assume all responsibility for my health.

In the event of an emergency, I hereby give permission to be transported to a hospital for medical or surgical treatment; I wish to be advised, prior to any further treatment by the hospital or doctor. If needed, I agree to be evaluated, diagnosed, treated and/or medicated in accordance with standard medical practice by licensed medical personnel. I agree on behalf of myself, my heirs, assigns, executors, and personal representatives, to hold harmless and defend _____, *Parish/School*

its directors, agents, employees, or representatives from any and all liability for illness, injury or death arising from or in connection with my participation in the event. I relieve the Roman Catholic Archdiocese of New York, and the Office of Youth Ministry Staff of all responsibility and consequences that may arise as a result of medical treatment and/or participation in New York Catholic Youth Day. Further, I agree to accept any and all financial responsibility as a result of scheduling such treatment. I agree to compensate the parish, its officers, directors and agents, and the Archdiocese of New York 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/diocese.

In the event of emergency, please contact the following person.

NAME & RELATIONSHIP: _____
PHONE (DAY) _____ (CELL) _____
FAMILY DOCTOR: _____ PHONE _____
Health Plan Carrier: _____ Policy number _____

MEDICATIONS: I am taking medication at present. I will bring all such medications necessary, and such medications will be well labeled. Names of medications and concise directions for seeing that I take such medications, including dosage and frequency of dosage is as follows: _____

You should be aware of the following medical conditions, allergic reactions, etc: _____

As a representative of the Archdiocese of New York, I understand that I am expected to be a role model for the youth attending this event. **(Your signature as well as that of an appropriate member of the parish/school must appear below or you will not be permitted to attend the conference)**

I fully understand the consequences of the foregoing statements and sign this ADULT MEDICAL INFORMATION AND LIABILITY WAIVER form knowingly, freely, and willingly.

In signing below, I indicate that I am in compliance with the policies and guidelines for the Archdiocese of New York regarding the USCCB Charter for the Protection of God's Children and Young People (Safe Environment)

Adult Signature _____ Print Name _____ Date: _____

Parish/School Signature verifying compliance stated above (ex: Pastor, D/CRE, Paid F/T Youth Minister)

Signature: _____ Print Name _____ Date: _____

FORMULARIO DE CONFORMIDAD PARA ADULTOS

Este formulario debe de ser completado por cada adulto y chaperón que asista al evento.

ACUERDO PARA EXIMIR DE TODA RESPONSABILIDAD/CONSENTIMIENTO MÉDICO

Nombre _____

Edad _____

Dirección _____

Parroquia _____ Ciudad de la Parroquia _____

Yo, _____ decido asistir a *New York Catholic Youth Day* que se llevará a cabo en el St. Joseph's Seminary, 201 Seminary Ave, Yonkers, NY 10705 el **sábado 22 de abril de 2023**. Por la presente yo garantizo que según mi mejor conocimiento, estoy en estado de buena salud y asumo toda responsabilidad por mi salud.

En caso de emergencia, doy permiso a ser transportado(a) a un hospital para que se administre cualquier tratamiento médico o quirúrgico que se requiera; deseo ser consultado(a) antes de cualquier otro tratamiento por el hospital o medico. Si es necesario, doy permiso a ser evaluado(a), diagnosticado(a), tratado(a) y o ser medicado por un personal médico licenciado de acuerdo a la práctica médica estándar. Estoy de acuerdo en nombre de mi mismo(a), mis herederos, sucesores, cesionarios, a eximir de responsabilidades y defender _____ sus funcionarios, directiva,

Nombre de Parroquia

empleados y agentes empleados, la Arquidiócesis de Nueva York, sus empleados y agentes, acompañantes, o representantes que están vinculados con el evento, de cualquier reclamación que surja de o en conexión con mi participación en el evento o en conexión con una enfermedad o lesión (incluyendo muerte) o costos de tratamiento médico en conexión con el mismo, y estoy de acuerdo de compensar a la parroquia, sus funcionarios, directivos y agentes, y la Arquidiócesis de Nueva York, sus empleados y agentes, o representantes que están vinculados con el evento los honorarios razonables de abogado y gastos que puedan incurrir en cualquier acción contra ellos como resultado de tales lesiones o daño, a menos que tal reclamación resulte de la negligencia de la parroquia/diócesis.

En el caso de alguna emergencia y para dar permiso para tratamiento más allá de los procedimientos de emergencia, por favor de contactar a:

Nombre: _____ Relación: _____ # Telefónico: _____

Compañía de Seguro Medico: _____ Numero de Póliza: _____

MEDICAMENTOS: Presentemente estoy tomando medicamentos. Llevaré conmigo los medicamentos necesarios, y tales medicamentos estarán bien etiquetados. Nombre de los medicamentos incluyendo dosis y frecuencia de la dosis:

Por favor de avisarle a los médicos que tengo las siguientes condiciones y reacciones alérgicas:

Como representante de la Arquidiócesis de Nueva York, entiendo que se espera que sea un modelo ejemplar para los jóvenes que asisten el evento. (Su firma y la de algún miembro apropiado de la parroquia/escuela debe de aparecer debajo para que se le permita acceso al evento)

Entiendo completamente las consecuencias de las declaraciones anteriores y firmo este **FORMULARIO DE CONFORMIDAD** de a sabiendas y libremente.

Con mi firma debajo, también indico que estoy en conformidad con las normas y criterios de la Arquidiócesis de Nueva York acerca de los Estatutos para la Protección de los Niños y Jóvenes de la Conferencia Episcopal de los Obispos Estadounidenses (Safe Environment).

Firma del Adulto

Imprima Nombre

Fecha

Firma de la Parroquia/Escuela (ej. Párroco, D/CRE, Ministro de Jóvenes trabajando a tiempo completo afirmando la conformidad del participante adulto.

Firma

Imprima Nombre

Fecha

Parental/Guardian Consent Form and Liability Waiver

Bring original on day of event. The Adult Chaperones should keep a copy of this form for the duration of the event.

Description of Activity or Event

Event: New York Catholic Youth Day
Date: Saturday, April 22, 2023
Location: St. Joseph's Seminary, 201 Seminary Ave, Yonkers, NY 10704

Individuals in Charge:

From the Parish/School: _____

From the Archdiocese: Youth Faith Formation

Mode of Transportation:

To/From Parish/School to St. Joseph's Seminary: _____

Estimated Time of Departure/Arrival:

Departure from Parish/School: _____

Departure from St. Joseph's Seminary _____

Participant Information

Participant's name: _____

Birth date: _____ Age: _____ Sex: _____

Parent/Guardian's name(s): _____

Home address: _____

Home Phone: () _____ Work Phone: () _____

Mobile Phone(s): () _____ () _____

Permission to Participate

I, _____ grant permission for my child, _____ to participate in
Parent or guardian's name Child's name

this event that requires transportation to a location away from the parish/school site. This activity will take place under the guidance and direction of the Archdiocese of New York and parish employees and/or volunteers from _____.

____ INITIAL HERE if you wish for your child to **NOT BE** photographed or recorded on video during the course of youth ministry events and for their image to be used in either print, electronic, or video form for the promotional purpose of future activities.

Hold Harmless Agreement

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, employees and agents, and the

Name of Parish/School

Archdiocese of New York, 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, its officers, directors and agents, and the Archdiocese of New York 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/diocese.

Signature: _____ Date: _____

Medical Consent and Permission to Treat

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.

Of the following statements pertaining to medical matters, sign only those that are applicable.

Insurance Information:

Family Health Plan Carrier: _____ Policy Number: _____

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.

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

In the event of an emergency, if you are unable to reach me at the above numbers, contact:

Name: _____ Relationship: _____

Phone: () _____

My son/daughter is under the care of a medical provider. _____ Yes _____ No

Provider Name: _____ Phone Number: () _____

Other Medical Treatment: In the event it comes to the attention of the parish, its officers, directors and agents, and the Archdiocese of New York, chaperons, or representatives associated with the activity, that my child becomes ill with symptoms such as headache, vomiting, sore throat, fever, diarrhea, I want to be called.

Signature: _____ Date: _____

Medications: My child is taking medication at present. My child will bring all such medications necessary, and such medications will be well-labeled. Names of medications and concise directions for seeing that the child takes such medications, including dosage and frequency of dosage, are as follows:

Signature: _____ Date: _____

Specific Medical Information: The parish will take reasonable care to see that the following information will be held in confidence.

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

Immunizations: Date of last tetanus/diphtheria immunization: _____

Does child have a medically prescribed diet? _____

Any physical limitations? _____

Is child subject to chronic homesickness, emotional reactions to new situations, sleepwalking, bedwetting, fainting? _____

Has child recently been exposed to contagious disease or conditions, such as mumps, measles, chicken pox, etc.?

If so, list date and disease or condition: _____

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

Permiso de Padres/Tutores y Renuncia de Responsabilidad

El chaperón adulto debe de tener una copia de este formulario durante el día del evento. Una copia de este formulario debe de ser enviada con su inscripción o traída el día del evento.

Descripción de la actividad/evento:

Evento: Día para Jóvenes Católicos de Nueva York (NYCYD)

Fecha: 22 de abril 2023

Destino: Seminario San José, 201 Seminary Avenue, Yonkers, NY 10704

Persona(s) Responsable(s):

De parte de la Parroquia: _____

De parte de la Arquidiócesis: Youth Faith Formation

Modo de transportación:

De/a la parroquia al Seminario San José, Yonkers: _____

Horario estimado para partir/regresar:

Partida desde la parroquia: _____

Partida desde el Seminario San José, Yonkers: _____

Regreso a la parroquia: _____

Información del participante

Nombre del Participante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Nombre del Padre o Tutor: _____

Dirección completa: _____

Teléfono de casa: () _____ Teléfono del trabajo: () _____

Celular: () _____

Permiso para participar

Yo, _____ doy permiso para que mi Hijo(a), _____

Nombre del Padre o Tutor

Nombre del niño/niña

participe en los eventos de la iglesia donde requiere transportación a lugares fuera de la iglesia. Esta actividad se llevará a cabo bajo la dirección y guía de voluntarios y trabajadores de la Arquidiócesis de Nueva York y de la parroquia

Nombre de la Parroquia

_____ AL INICIAL, **NO DOY PERMISO** a que mi hijo(a) sea fotografiado y grabado, y que las imágenes puedan ser usadas en materiales de promoción de video, impresos, o electrónicos para futuro eventos.

Acuerdo para eximir de toda responsabilidad

Como padre y/o tutor legal, continúo siendo legalmente responsable por las acciones personales realizadas por el menor antes mencionado ("participante").

Estoy de acuerdo en nombre de mi mismo(a), mi hijo(a) antes mencionado(a), y nuestros herederos, sucesores, cesionarios, a eximir de responsabilidades y defender _____, sus funcionarios,

Nombre de Parroquia

directiva, empleados y agentes empleados, la Arquidiócesis de Nueva York, sus empleados y agentes, acompañantes, o representantes que están vinculados con el evento, de cualquier reclamación que surja de o en conexión con la asistencia de mi hijo/a al evento o en conexión con una enfermedad o lesión (incluyendo muerte) o costos de tratamiento médico en conexión con el mismo, y estoy de acuerdo de compensar a la parroquia, sus funcionarios, directivos y agentes, y la Arquidiócesis de Nueva York, sus empleados y agentes, o representantes que están vinculados con el evento los honorarios razonables de abogado y gastos que puedan incurrir en cualquier acción contra ellos como resultado de tales lesiones o daño, a menos que tal reclamación resulte de la negligencia de la parroquia/diócesis.

Firma: _____

Fecha: _____

Consentimiento medico y permiso para ser tratado

Por la presente, garantizo que en base a mi conocimiento, mi hijo(a) se encuentra en buen estado de salud y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo(a).

De las siguientes declaraciones relacionadas con los asuntos médicos, firme sólo las que son aplicables.

Información del seguro:

Compañía de plan de salud familiar: _____ # de Póliza: _____

Tratamiento médico de emergencia:

En el caso de una emergencia, por la presente doy permiso a transportar a mi hijo(a) a un hospital para el tratamiento médico de emergencia o tratamiento quirúrgico. Deseo ser informado antes de cualquier tratamiento adicional por el hospital o médico.

Firma: _____ Fecha: _____

En el caso de una emergencia, si Ud. no puede ponerse en contacto conmigo en los números antedichos, póngase en contacto con: Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Mi hijo(a) está bajo el cuidado de un proveedor medico: _____ Si _____ No

Médico familiar: _____ Teléfono: _____

Otro tratamiento médico: En el caso de que llega a la atención de la parroquia/escuela, sus funcionarios, directivos y agentes, y de la Arquidiócesis de Nueva York, acompañantes, o representantes que están vinculados con la actividad, que mi hijo(a) se pone malo con síntomas como dolor de la cabeza, vómito, dolor de la garganta, fiebre, diarrea, quiero que me llame por llamada a cobrar (por cobrar yo mismo).

Firma: _____ Fecha: _____

Medicamentos: Mi hijo(a) está tomando medicamentos en este momento. Mi hijo(a) traerá todos los medicamentos necesarios, y tales medicamentos deberán llevar una etiqueta que indique claramente su contenido. Nombres de los medicamentos y direcciones concisas para asegurar que el niño toma tales medicamentos, incluyendo la dosis y frecuencia de la dosis, son los siguientes:

Firma: _____ Fecha: _____

Información médica específica: La parroquia asegura de tomar las medidas necesarias para que toda esta información sea mantenida confidencial.

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

Inmunizaciones: Fecha de última inmunización de tétanos/difteria: _____

¿Tiene su hijo(a) una dieta médicamente recetada? _____

¿Tiene su hijo(a) alguna limitación física? _____

¿Tiene su hijo(a) nostalgia crónica, reacciones emocionales a situaciones nuevas, sonambulismo, enuresis nocturnal, o desmayos? _____

¿Ha estado expuesto recientemente su hijo(a) a alguna enfermedad contagiosa o condiciones, como las paperas, el sarampión, la varicela? En caso afirmativo, escriba la fecha y la enfermedad o condición: _____

Necesita estar consciente de estas condiciones médicas específicas de mí hijo(a): _____