

## ***Aplicação de Retiro para Adultos***

**Cada participante adulto deve assinar este formulário.**

Não tenhas medo, Tem Fé! Há momentos em que precisamos de lembrar-nos de que, embora este mundo seja caótico e estamos diante de circunstâncias desesperadas e menos perfeitas em nossas próprias vidas, temos um ser que está sempre ao nosso lado. Não há necessidade de ter medo, tudo o que precisamos é de fé em Deus. Junte-se a nós para um fim de semana cheio de amor, amizade, risos e adoração.

O retiro acontecerá de sexta-feira, 18 de outubro a domingo, 20 de outubro de 2024 no Holy Cross Retreat House - 490 Washington St., North Easton, MA.

Os adultos e amigos da Paróquia de Santo Christo são bem-vindos para participar do retiro de fim de semana “Não tenhas medo, Tem Fé”. O fim de semana incluirá palestras e atividades dos membros da nossa equipe que ajudarão a fortalecer, encontrar, recuperar ou ajudar a florescer sua fé em Deus.

O fim de semana de retiro custará US \$160 por pessoa ou \$300 por casal. Informações adicionais para o retiro serão fornecidas mais perto da data.

Para qualquer dúvida, não hesite em contactar: Christine Catarino 508-212-4098 ou por email: christeneuma@yahoo.com.

Nome do candidato: \_\_\_\_\_

Número de telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Endereço de e-mail: \_\_\_\_\_

**ADULT LIABILITY WAIVER / RENÚNCIA DE RESPONSABILIDADE DE ADULTOS**

Each adult participant must sign this form / Cada participante adulto deve assinar este formulário.

**RELEASE OF LIABILITY / EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

I, \_\_\_\_\_, agree on behalf of myself, my heirs, assigns,

**Print Full Name / Imprimir Nome Completo**

executors, and personal representatives, to hold harmless and defend [Santo Christo Parish / Paróquia de Santo Christo](#), the Roman Catholic Bishop of Fall River,

**Parish/School / Freguesia/Escola**

Corp Sole, its officers, directors, agents, employees, or representatives associated with the event from any and all liability claims, loss or damage arising from or in connection with my participation in [Don't Be Afraid. Have Faith Adult Retreat / Não Tenhas Medo. Tem Fé! Retiro de Adultos. October 18 to 20, 2024](#)

**Name and Date of Event / Nome e Data do Evento**

*Emergency Medical Treatment:* In the event of an emergency and I am unable to communicate, I hereby give permission for transportation to a hospital for emergency medical treatment. In the event of treatment beyond emergency medical treatment is required, please contact:

Name & Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

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

Family Doctor: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Family Health Plan Carrier: \_\_\_\_\_ Policy #: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date / Data

\_\_\_\_\_  
Print name / Imprimir Nome Completo

Signature: \_\_\_\_\_