

Permiso para Asistir al todas actividades en Amistad en El Verano
Necesario para cada niño

Como padre/tutor legal de _____, autorizo para que mi hijo/hija participe en todos los **actividades en el amistad en el verano aquí en La Sagrada Familia y afuera de la iglesia.**

Entiendo y reconozco que la participación en las actividades tiene riesgos intrínsecos de daño o herida que mi hijo/a puede recibir, incluyendo riesgos asociados con el transporte en automóvil. Me comprometo a indemnizar a la Parroquia, Ministros de Juventud, Voluntarios, y la Diócesis de Arlington por cualquier costo o gasto que resulte de la participación de mi hijo/hija en las actividades, incluyendo el costo de asistencia médica que se diera a mi hijo/a, o cualquier gasto o costo contraído por alguna demanda que surgiera como consecuencia de algún daño o herida causados por mi hijo mientras participaba en esta actividad.

Además, doy mi consentimiento para que, en mi ausencia, el menor que arriba se menciona sea admitido en un hospital o instalación médica para obtener diagnóstico y tratamiento. Solicito y autorizo a los médicos, dentistas, y personal con las debidas licencias de Doctores en Medicina, o a otros técnicos y enfermeros licenciados, a que ejecuten cualquier procedimiento de diagnóstico, tratamiento, procedimiento operativo y tratamiento de rayos-x al menor arriba mencionado. Entiendo que no se me garantizan los resultados de exámenes o tratamientos. Autorizo al hospital o instalación médica a que dispongan de cualquier espécimen o tejido que se haya tomado del menor arriba mencionado.

Nombre del hijo/a _____

Para nuestros registros solamente: estas registrado con La Sagrada Familia Iglesia parroquia? Si No

Fecha de Nacimiento

Fecha de la Última Vacuna de Tétano

Alergias conocidas, incluyendo cualquier alergia a medicinas (Continúe al reverso de la hoja si fuera necesario).

Cualquier otro problema médico que deba tenerse en cuenta (Continúe al reverso de la hoja si fuera necesario).

Nombre del Padre/Tutor

Dirección o domicilio

Ciudad/Estado/Código Postal

Teléfono de la Casa

Trabajo

Móvil

Persona responsable por los gastos (si fuera diferente de la mencionada arriba)

Dirección

Ciudad/Estado/Código Postal

Teléfono de la Casa

Trabajo

Móvil

Persona a quien se pueda recurrir si los padres/tutor no estuvieran disponibles

Teléfono de la Casa

Trabajo

Móvil

Teléfono del Médico de la Familia

Compañía de Seguros y Número de la Póliza

Firma del Padre/Madre

Fecha