**CONFIRMACIÓN Y GRUPO JUVENIL, MÉDICO Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, CÓDIGO DE CONDUCTA Y FORMA DE LIBERACIÓN DE FOTOS**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tiene mi permiso para participar en St. Margaret Mary, Ministerio de Juventud, el programa de confirmación y Pastoral Juvenil en eventos especiales hasta Diciembre de 2016. Mi estudiante también tiene mi permiso para asistir y participar en un retiro de fin de semana en el Sagrado Corazón Retiro Camp en Big Bear, el fin de semana del 11 de Diciembre o el 11 de Marzo, patrocinado por Santa Margarita María. Durante estas actividades los estudiantes serán transportados en autobús o en vehículos particulares de chaperones adultos mayores de 21. En ciertas ocasiones los estudiantes caminaran a los restaurantes cercanos con líderes de la iglesia para los alimentos durante las actividades nocturnas de jóvenes o recibirán transportación de los líderes de regreso a sus hogares. El padre y el estudiante reconocen que hay riesgos inherentes a las actividades de turismo y de grupo durante las reuniones de grupos de jóvenes y se retiran y eligen voluntariamente para asumir dichos riesgos como de su exclusiva responsabilidad. El padre y el estudiante presente liberan Iglesia Católica Santa Margarita María y de sus pastores, líderes, funcionarios, agentes, empleados y voluntarios de cualquier y toda responsabilidad, reclamos, daños y costos por pérdidas, daños personales, accidentes, desgracias o daños al estudiante o su / su propiedad durante su participación en cualquier actividad. Este permiso está en efecto hasta nuevo aviso por escrito en contrario. Al llenar la renuncia a la información y el acuerdo de abajo Reconozco haber leído y entendido cada una de las disposiciones anteriores y estoy de acuerdo en cumplir con los términos de este acuerdo, la autorización, la renuncia médica y liberación de responsabilidad.

(Por favor

imprenta)

Nombre del participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_

Nombre de los Padres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular o Trabajo #:­­­­­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico de Familia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numero de Póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor anote cualquier alergia a medicamentos o alimentos / Problemas Médico / Discapacidades: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está el participante tomando cualquier medicamento de venta libre o prescripciones? Por favor escriba \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Use otra hoja si es necesario)

También entiendo que en el caso de la intervención médica es necesaria, se hará todo lo posible para comunicarse inmediatamente con las personas que figuran en este formulario. Si no puedo ser localizado en caso de emergencia durante las fechas de las actividades que aparecen en esta de, doy mi permiso para que el médico o dentista seleccionado por el líder de la actividad para hospitalizar, asegurar tratamiento médico y / ordenar una inyección, anestesia o cirugía para mi niño cuando se considere necesario.

Yo entiendo se tomarán todas las precauciones de seguridad razonables en todo momento por el personal y los voluntarios de Santa Margarita María y de sus agentes durante los eventos y actividades. Entiendo la posibilidad de riesgos imprevistos y sé que existe la posibilidad inherente o riesgo. Estoy de acuerdo en no responsable, Santa Margarita María, sus dirigentes, empleados y voluntarios responsables por los daños, pérdidas, enfermedades o lesiones sufridas por el sujeto de este formulario.

Entiendo que al firmar este formulario de E / mi hijo está de acuerdo (s) de cooperar y participar plenamente, que yo / mi hijo a mostrar respeto por la propiedad visitó, el respeto por el prójimo, que yo / mi hijo a mostrar respeto por la ley y habilidades de seguridad práctica en todo momento. Por no cumplir con el código de conducta, yo / mi hijo am / somos consciente de que las medidas adecuadas se puede tomar y se pueden hacer arreglos para la eliminación inmediata del evento o programa.

Si no desea que la foto de su hijo sea utilizada para fines publicitarios de Santa Margarita María, incluyendo artículos de anuncios y la publicidad de Facebook, por favor iniciales aquí: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor Obligatorio Estudiantes firma requerida Fecha