



DIÓCESIS DE ORANGE

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA MENORES DE EDAD

ACTIVIDAD: _____

FECHA Y LUGAR: _____

ESCUELA/PARROQUIA: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE/PARTICIPANTE MENOR: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELÉFONO CELULAR DEL ESTUDIANTE: _____

NOMBRE(S) DE LOS PADRES/GUARDIÁN: _____

DOMICILIO: _____

CASA DE LA MADRE/TELÉFONO CELULAR: _____

CASA DEL PADRE/TELÉFONO CELULAR: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____ RELACIÓN: _____

MEDICACIÓN *Durante la actividad mencionada anteriormente, mi hijo tiene mi permiso para tomar lo siguiente:*

Seleccione al menos uno:

- Mi hijo tomará un medicamento recetado.
Nombre de la medicación: _____ Dosis: _____ Veces al día: _____
- Mi hijo tomará un medicamento sin receta.
Nombre de la medicación: _____ Dosis: _____ Veces al día: _____
- Mi hijo no traerá ningún medicamento, pero autorizo, si es necesario, que el personal de la escuela/parroquia diocesana darle a mi hijo/a medicamentos de venta libre sin receta médica.

Notar: / Alergias / Problemas médicos / Requisitos dietéticos especiales: _____

Yo, _____ concedo permiso para mi hijo/a, _____

Nombre del padre o guardián

Nombre del niño

para participar en este evento escolar/parroquial diocesano. Esta actividad se llevará a cabo bajo la guía y dirección de empleados de la escuela/parroquia diocesana y/o voluntarios de _____

Nombre del escuela o parroquia

Como padre/guardián legal, sigo siendo legalmente responsable de cualquier acción personal tomada por el participante menor mencionado anteriormente. Acepto en mi nombre, en el de mi hijo nombrado en este documento, o de nuestros herederos, sucesores y cesionarios, mantener inofensivo y defender a _____,

Nombre del escuela o parroquia

sus empleados y agentes, acompañantes o representantes asociados con el evento, de cualquier reclamo que surja de o en relación con mi hijo que asiste al evento o en relación con cualquier enfermedad o lesión (incluida la muerte) o el costo del tratamiento médico en relación con el mismo, y acepto compensar a la parroquia/escuela, sus funcionarios, directores y agentes, y la Diócesis de Orange, sus empleados y agentes y acompañantes, o representante asociado con el evento por honorarios y gastos razonables de abogados en los que pueda incurrir en cualquier acción presentada contra ellos como resultado de dicha lesión o daño, a menos que dicho reclamo surja de la negligencia de la parroquia/escuela o la Diócesis de Orange.

Autorizo la realización de fotografías, películas, cintas de video, grabaciones u otra conmemoración de dicho evento y la participación de mi hijo en el mismo, y la publicación y duplicación u otro uso de los mismos. Renuncio a cualquier derecho a compensación o cualquier derecho que de otra manera pudiera tener para limitar o controlar dicha fabricación o uso.

DIÓCESIS DE ORANGE
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD
PARA MENORES DE EDAD

Doy permiso al médico, enfermera, dentista o personal de atención con licencia seleccionado por el personal de supervisión que luego presente para brindar tratamiento médico, dental u otro tratamiento apropiado que el médico, la enfermera, el dentista o el personal de atención con licencia consideren necesario y apropiado.

Firma de *los* padres: _____ Fecha: _____

Firma de los padres: _____ Fecha: _____