SAINT VINCENT DE PAUL CATHOLIC CHURCH
IGLESIA CATÓLICA DE SAN VICENTE DE PAUL
8345 Talbert Avenue Huntington Beach, California 92646-1599 (714) 842-3000 Fax (714) 842-6780

DOCUMENTO DE PERMISO Y RENUNCIA PARA ESTUDIANTES DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN EN LA FE

Yo permito que (escriba el nombre del estudiante) _____ participe en los programas y actividades de Formación en la Fe del año escolar 2010 - 2011.

Yo, padre (tutor) del menor que figura más arriba, doy permiso para que participe en las actividades mencionadas. Estoy conforme en que mi hijo (a) cumpla las normas que dicte la parroquia, escuela o personal diocesano responsable de estas actividades.

Como condición para la participación de mi hijo(a), yo exonero a la Diócesis de Orange, a sus organizaciones, incluida pero no limitada a The Roman Catholic Bishop of Orange, a Corporation Sole, a sus funcionarios, empleados y voluntarios, de cualquier reclamación por daños personales o daños a la propiedad que puedan resultar de su participación en la actividad descrita más arriba, a pesar de que los daños ocasionados hayan sido producidos por negligencia, activa o pasiva, de cualquiera de las entidades o personas nombradas.

Estoy conforme en que si mi hijo(a) resultase lesionado(a) debido a su participación en las actividades mencionadas, o durante su transporte a o desde las mismas, aunque haya sido debido a negligencia, activa o pasiva, de la parroquia, la escuela o el programa diocesano, o de cualquiera de sus agentes o empleados, el pago de los costos hospitalarios, médicos o dentales serán atendidos en primer lugar por los seguros de accidentes, hospitalarios, médicos o dentales que tengamos suscritos yo o mi esposa(o). No estoy enterado de que mi hijo(a) tenga alguna condición médica que le impida participar adecuadamente en cualquier actividad.

Autorizo a que se hagan fotografías, reportajes gráficos o grabaciones de la actividad en las que figure mi hijo(a), así como la publicación o reproducción de las mismas. Renuncio, por tanto, a cualquier compensación o a cualquier derecho que pudiera tener, o a limitar y controlar la realización o el uso de tales registros.

Yo autorizo a que médicos, enfermeras, dentistas o personal sanitario seleccionados por personal al cargo de la actividad, presten el apropiado tratamiento médico o dental. Si tiene preguntas, por favor llame al (714) 842-3000.

_____

Padre, Madre o Tutor Legal (letra de molde) Padre, Madre, o Tutor Legal (firma) Fecha

_____

Dirección (calle y numero) Ciudad Estado Código Postal

_____

Teléfono (casa) Teléfono (trabajo) Teléfono del Médico

_____

Médico de cabecera Compañía de Seguros Numero de Póliza

_____

Alergias/Problemas Médicos/Disabilidades

Persona aparte del padre/madre que se pueda notificar en caso de una emergencia:

_____

Nombre Parentesco Teléfono

Padre Jerome,

Estoy conforme en cooperar con el personal y voluntarios del Programa de Formación en la Fe.

FIRMA DEL ESTUDIANTE:_____