

# St. Cyril of Alexandria Parent/Guardian Consent Form & Liability Waiver

Important! This page must be filled out by the Parent/Guardian for youth under 18 years of age.

If participant is 18 years of age or older, consent must be signed by the individual.

(¡Importante! Para ser llenado por los padres o guardianes del joven menor de 18 años de edad.

Si el participante es mayor de 18 años, el consentimiento debe ser firmado por él mismo. )

## NAMES AND GRADES OF STUDENTS (NOMBRES Y GRADOS DE ESTUDIANTES)

1. \_\_\_\_\_  
Name/Nombre \_\_\_\_\_ Grade/Grado \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_  
Name/Nombre \_\_\_\_\_ Grade/Grado \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
Name/Nombre \_\_\_\_\_ Grade/Grado \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_  
Name/Nombre \_\_\_\_\_ Grade/Grado \_\_\_\_\_

### GENERAL CONSENT & LIABILITY WAIVER

As parent/guardian, I grant permission for my child(ren) to participate in **Adolescent Faith Formation Classes to be held weekly on Sundays from 3pm-4:30pm, Sept. 2020 - April 2021 at St. Cyril of Alexandria or virtually at home**. I agree on behalf of myself and of my child(ren)'s other parent/guardian, my child(ren) named herein, or our heirs, successors, and assigns to hold harmless and defend the Archdiocese of Galveston-Houston, St. Cyril of Alexandria (its pastor, youth ministry leader, principal, other agents, etc.) or any representatives associated with the scheduled activity unless the parties involved were careless and negligent.

### CONSENTIMIENTO Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

Como padre/guardián, concedo/otorgo permiso para que mi hijo/a(s), participe en las **Clases para la Formación de la Fé para Adolescentes que ocurren los domingos de cada semana de las 3pm-4:30pm comenzando sept. 2020 hasta abril 2021 en St. Cyril of Alexandria ó virtualmente**. Autorizo personalmente y en representación del otro padre/madre, conocido o viviente, de mi hijo/a(s) aquí mencionado/a(s), de nuestros herederos, sucesores y asignados y protejo a la Arquidiócesis de Galveston-Houston, la parroquia patrocinante (su párroco, líder del ministerio de jóvenes, u otros agentes, etc.) o cualquier representante asociado con esta actividad, a menos que las partes involucradas hayan sido negligentes.

In signing this form I certify that all information contained herein is true and accurate to the best of my knowledge.  
Al firmar esta forma, hasta donde es de mi conocimiento, certifico que toda la información contenida en ella es cierta y correcta.

\_\_\_\_\_  
\*Signature (Parent/Guardian or Participant who is of 18 years or older)

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha

\*Firma (padre/guardián o participante mayor de 18 años de edad )

### VIDEO/PHOTOGRAPHY CONSENT - CONSENTIMIENTO PARA TOMAR FOTOGRAFÍAS

As parent/guardian, I understand that promotional pictures and videos (individual and group) will be taken during this event. I give permission for my son's/daughter's picture to be used for promotional materials (newsletter, web page, calendars, power point, video etc.) in highlighting the event.

Yo como padre/guardián, entiendo se tomarán fotografías promocionales (individuales y de grupo) durante este acontecimiento. Concedo permiso para que la fotografía de mi hijo(a) sea utilizada en materiales de promoción (boletín de noticias, página web, calendarios, etc.) para informar sobre el evento.

Yes/Si  No \_\_\_\_\_ Initials (Iniciales)

**MEDICAL MATTERS**

I hereby warrant to the best of my knowledge, my child is in good health, and I assume all responsibility for the health of my child. Of the following statements pertaining to medical matters, sign only those in accordance with your wishes.

**CONDICIONES MÉDICAS**

Certifico por este medio que hasta donde llega mi conocimiento, mi hijo(a), está en buena salud y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo(a). En las declaraciones siguientes, firme solamente aquellas con las que esté de acuerdo.

**Have any of these students been diagnosed with a learning disability/special needs/allergies/health concerns or are taken medication? (¿Cualquiera de estos estudiantes han sido diagnosticados con un Problema de Aprendizaje/Necesidades Especiales/Alergias/Condiciones Médicos o están tomando alguna medicina?)**  No  Yes/Sí

If yes, please give student's name and explain. Please use separate page if needed. My child will bring all such medications, well labeled, that are necessary.

*En caso afirmativo, por favor dar el nombre del estudiante y explicar. Utilice una página separada si es necesario. Mi hijo/a traerá bien marcados todos sus medicamentos necesarios.*

First Name/Nombre	Special Needs/Allergies/Medical Condition/Medication & Dosage (Necesidades Especiales/Alergias/Condiciones Médicos/Medicina y Dosis)

I hereby **Grant Permission** for nonprescription medication (such as Tylenol, throat lozenges, cough syrup) to be given to my child, if deemed advisable. I understand that Aspirin will not be given to my son/daughter.

*Por la presente otorgo el permiso para administrar algún tipo de medicamento sin prescripción médica a mi hijo, a menos que de lo contrario se vea en peligro su vida y se requieran como tratamiento de emergencia.*

Yes/Sí  No \_\_\_\_\_ Initials (Iniciales)

**EMERGENCY MEDICAL TREATMENT**

In the event of an emergency, I hereby give permission to transport my child to a hospital for emergency medical or surgical treatment. I wish to be advised prior to any further treatment by the hospital or doctor and I understand that all financial obligations are my responsibility.

**TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA**

En caso de una emergencia, doy permiso de transportar a mi hijo(a) a un hospital para tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. Pido ser notificado antes de que el hospital o los médicos hagan cualquier tratamiento adicional.

**In the event of an emergency and you are unable to reach me, contact:**

**En caso de emergencia y de no poder comunicarse conmigo, favor de ponerse en contacto con:**

\*Name (Nombre): \_\_\_\_\_ Relationship (Relación): \_\_\_\_\_

Phone # (# de Teléfono): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\*Family Doctor (Médico de la familia): \_\_\_\_\_

Phone # (# de Teléfono): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Insurance Information (Información sobre Seguro Médico):**

No, I do not carry medical insurance at this time. (No, en este momento no tengo seguro médico.)

Insurance Carrier (Portador del Seguro): \_\_\_\_\_

Name of Insured (Nombre del Asegurado): \_\_\_\_\_

Policy Number (Número de Póliza): \_\_\_\_\_