

I, (parent/guardian name) _____, grant permission for my child, (child's name) _____, to participate in this organization-sponsored event that may require transportation to a location away from the St. Mary's Catholic Church site. This activity will take place under the guidance and direction of organization employees and/or volunteers from Saint Mary's Catholic Church.

A brief description of the activity follows:

Type of Event: Trip to the Cemetery to Pray for the Dead Location of Event: St Mary's Cemetery
Individuals in Charge: Amanda Schrauth, Petrina Pedry, Nadia Busekrus Cost: None
Date and Time of Departure: Wednesday, November 14, 2018 at 6:10pm Return: 7:30pm

As a parent and/or legal guardian, I remain legally responsible for any personal actions taken by the above named minor participant.

I agree on behalf of myself, my child named herein, or our heirs, successors, and assigns, to hold harmless and defend St Mary's Catholic Church, its officers, directors, and agents, and the Diocese of Baker, chaperones, or representatives associated with the event, from any and all actions, claims, demands, damages, costs, expenses, and all consequential damage arising from or in connection with my child attending the event or in connection with any illness or injury or cost of medical treatment in connection therewith, and I agree to compensate the organization, its officers, directors, and agents, and the Diocese of Baker, chaperones, or representatives associated with the event the reasonable attorney's fees and expenses arising therewith.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

I hereby warrant that to the best of my knowledge, my child is in good health, and I assume all responsibility for the health of my child.

In the event of an emergency, I hereby give permission to transport my child to a hospital for emergency medical treatment. In the event of an emergency, if you are unable to reach me at the phone number below, contact:

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

You should be aware of these special medical conditions of my child:

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Phone Number: _____

Yo, (nombre del padre o tutor) _____, concedo permiso para que mi hijo(a) (nombre de menor) _____ participe en este evento patrocinado por la organización y que requiere transporte a una ubicación fuera del sitio donde se encuentra tal organización. La actividad a realizarse se llevará a cabo bajo la guía y dirección de empleados y voluntarios de la Comunidad Católica de Santa María.

A continuación se describe brevemente la actividad:

Tipo de Evento: Viaje al cementerio para orar por los muertos Ubicación de Evento: Cementerio Individuos a Cargo: Amanda Schrauth, Petrina Pedry, Nadia Busekrus Costo: Ninguna Día y Hora de Partida: Miércoles, Noviembre 14, 2018 a las 6:10pm Regreso: 7:30pm

Como padre o tutor, soy legalmente responsable de cualquier acción realizada por el menor participante.

Estoy de acuerdo en nombre mi mismo, de hijo anteriormente nombrado, o de nuestros herederos, sucesores y cesionarios, eximir de responsabilidad y defender a la Comunidad Católica de Santa María, a sus oficiales, directores y agentes y a la Diócesis de Baker, acompañantes o representante asociados al evento, de cualquier y todos las acciones, peticiones, demandas, costos y gastos y todo daño consecuente que se derive de o en conexión con el hecho de que mi hijo asista al evento o en conexión con cualquier enfermedad o herida o costo de tratamiento médico relacionado con el evento, y estoy de acuerdo en compensar a la organización, sus oficiales, directores y agentes y a la Diócesis de Baker, acompañantes o representantes asociados al evento por cuotas razonables de abogados y gastos que se deriven.

Firma de Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

Por este medio garantizo, a mi entender, que mi hijo está en buena salud y asumo toda responsabilidad por la salud de mi hijo.

En caso de emergencia, por este medio concedo permiso para que se transporte a mi hijo a recibir tratamiento médico. En caso de emergencia y si no se me puede contactar en el teléfono abajo, contacten a:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Les informo de que mi hijo tiene la siguiente condición médica:

Firma de Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

Número de Teléfono: _____