

**ANNUAL PARENTAL PERMISSION/RELEASE for Communication, Photos, and Medical**

Child(ren) Name(s): \_\_\_\_\_  
Parent or Legal Guardian \_\_\_\_\_ Phone(s) \_\_\_\_\_  
Emergency contact: \_\_\_\_\_ Phone(s) \_\_\_\_\_

**Publicity/Photo/Video Release:**

From time to time, publicity releases for newspapers, television, website, and other media may be prepared about events occurring at the parish. These may or may not be accompanied by photos or videotape of students.

The releases may be prepared by Resurrection Parish or media representative.

Yes, I do give permission for my student(s) name and likeness to be included in such publicity releases/photos/videos

No, I do not give permission for my student(s) name and likeness to be included in such publicity releases/photos/videos.

IN CASE OF AN ACCIDENT OR SERIOUS ILLNESS, THE ABOVE PARISH WILL CONTACT THE PARENT/GUARDIAN LISTED BELOW. IF THE PARISH IS UNABLE TO REACH THEM, OR ANY OTHER PERSON DESIGNATED, THEN I HEREBY AUTHORIZE THE CHURCH AND ITS REPRESENTATIVES TO CONTACT MY CHILD'S PHYSICIAN AND/OR MAKE ARRANGEMENTS FOR IMMEDIATE EMERGENCY TREATMENT. PAYMENT OR FEES FOR ALL MEDICAL SERVICES WILL BE THE RESPONSIBILITY OF THE PARENT/GUARDIAN. **THIS MEDICAL RELEASE IS VALID FROM AUGUST 1, 2021 UNTIL JULY 31, 2022 AND FOR ALL EVENTS THROUGHOUT THE YEAR.** I UNDERSTAND THAT IT IS THE PARENT'S RESPONSIBILITY TO UPDATE THIS FORM AS NECESSARY THROUGHOUT THE YEAR.

**MIDDLE & HIGH SCHOOL: Method of Communication Release:**

During the year your teenager is a member of the parish youth ministry, we do try to keep them up-to-date with dates for meetings and/or changes in our calendar of events. With the implementation of the Safe Environment policies within the Diocese of St. Petersburg, we are now seeking your permission for these items.

Yes, I give my youth permission to communicate with the Parish Coordinator of Youth Ministry and/or youth ministry team leaders through the use of his/her: (please check all that apply)

- Email address \_\_\_\_\_
- Instant Messaging \_\_\_\_\_
- Cell phone \_\_\_\_\_
- Facebook \_\_\_\_\_
- Home phone \_\_\_\_\_
- Text message \_\_\_\_\_
- Postal mail \_\_\_\_\_

I also give permission for the Parish Coordinator of Youth Ministry and/or youth ministry team leaders to use this contact information to communicate with him/her. We understand that any addresses received through the parish youth ministry will *only* be used for the parish youth ministry purposes

No, I do not give my youth permission to communicate with the Parish Coordinator of Youth Ministry and/or youth ministry team leaders through the use of his/her (please check all that apply)

- Email address \_\_\_\_\_
- Text message \_\_\_\_\_
- Facebook \_\_\_\_\_
- Home phone \_\_\_\_\_
- Instant Messaging \_\_\_\_\_
- Cell phone \_\_\_\_\_
- Postal mail \_\_\_\_\_

I, as parent/guardian, would also like to receive an email update of all dates for meetings and/or changes in the calendar of events. My email address is: \_\_\_\_\_

**Health Information**

List all medications taken daily and/or regularly: \_\_\_\_\_

Youth/participant's allergies, if any, including medication and food allergies: \_\_\_\_\_

Youth/participant's chronic medical problems (e.g. diabetes, epilepsy) \_\_\_\_\_

Youth/participant's other physical restrictions or dietary requirements (if any): \_\_\_\_\_

**Other medical treatment:** In the event it comes to the attention of the Church representatives, volunteers or employees that my child has become ill with symptoms such as headaches, vomiting, sore throat, fever, diarrhea, I want to be called collect. **My child may be given:** Tylenol (circle yes / no); Ibuprofen (circle: yes / no); Throat lozenges (circle: yes / no); Benadryl (circle: yes / no).

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

**STATE OF FLORIDA, COUNTY OF Hillsborough**

Sworn to and subscribed before me this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 2021 who [ ] is personally known to me, or [ ] who produced the following as identification \_\_\_\_\_.

(SEAL)

# PERMISO DE LOS PADRES / PERMISO PARA COMUNICACIONES, FOTOS y Medicinas

Nombre(s) del Niño (s): \_\_\_\_\_  
Padre o Guardian \_\_\_\_\_ Teléfono (s) \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono (s) \_\_\_\_\_

## **Publicidad / Foto / Video de lanzamiento:**

De vez en cuando, los comunicados de publicidad para periódicos, televisión, website y otros medios de comunicación se pueden preparar los eventos que ocurren en la parroquia. Estos pueden o no pueden ir acompañados de fotos o video de los estudiantes. Las publicidades pueden prepararse por la **Parroquia Resurrección** o algún representante de los medios.

\_\_\_ Sí, yo doy permiso para que el nombre e imagen de mi hijo (s) sea incluido en dichas presentaciones de publicidad / fotos / vídeos

\_\_\_ No, no doy permiso para que el nombre e imagen de mi hijo sea incluido en dichas presentaciones de publicidad / fotos / vídeos.  
**EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD GRAVE, LA PARROQUIA ESTARÁ EN CONTACTO CON EL PADRE / GUARDIAN** cuya información se enumera a continuación.

**SI LA PARROQUIA no puede contactarse con ellos, o cualquier otra persona designada, ENTONCES YO AUTORIZO LA IGLESIA Y SUS REPRESENTANTES PONERSE EN CONTACTO CON EL MÉDICO DE MI HIJO Y / O HACER ARREGLOS PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA INMEDIATAMENTE. PAGOS O GASTOS PARA TODOS LOS SERVICIOS MÉDICOS será el RESPONSABILIDAD DEL PADRE / GUARDIAN. ESTE COMUNICADO DE PERMISO MEDICO ES VÁLIDO DEL 01 de agosto 2021 HASTA EL 31 de julio 2022 Y PARA TODOS LOS EVENTOS EN TODO EL AÑO. ENTIENDO QUE ES RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES DE ACTUALIZAR ESTE FORMULARIO COMO SEA NECESARIO DURANTE TODO EL AÑO.**

## **Forma de Comunicación:**

Durante el año que su hijo adolescente es un miembro de la pastoral juvenil parroquial, hacemos todo lo posible para mantenerlos al día con las fechas de las reuniones y / o cambios en nuestro calendario de eventos. Con la implementación de las políticas de medio ambiente seguro dentro de la Diócesis de St. Petersburg, ahora estamos buscando su permiso para estos eventos.

\_\_\_ Sí, doy mi permiso a mi joven para comunicarse con el Coordinador Parroquial de Pastoral Juvenil y / o jefes de equipo de la pastoral juvenil a través del uso de su /sus: (marque todas las que apliquen)

- Email address \_\_\_\_\_  
 Mensajería Instantáneo \_\_\_\_\_  Teléfono de la casa \_\_\_\_\_  Facebook \_\_\_\_\_  
 Celular \_\_\_\_\_  Mensaje de Texto \_\_\_\_\_  Correo \_\_\_\_\_

También doy permiso para que el Coordinador Parroquial de Pastoral Juvenil y / o a jefes de equipo de la pastoral juvenil a utilizar esta información de contacto para comunicarse con él / ella. Entendemos que las direcciones recibidas a través de la pastoral juvenil parroquial sólo serán utilizados para los fines de pastoral juvenil parroquial

\_\_\_ No, no doy mi permiso a mi joven para comunicarse con el Coordinador Parroquial de Pastoral Juvenil y / o jefes de equipo de la pastoral juvenil a través del uso de su/sus (por favor marque todas las que apliquen)

- Email address \_\_\_\_\_  
 Mensajería Instantáneo \_\_\_\_\_  Teléfono de la casa \_\_\_\_\_  Facebook \_\_\_\_\_  
 Celular \_\_\_\_\_  Mensaje de Texto \_\_\_\_\_  Correo \_\_\_\_\_

\_\_\_ Yo, como padre / tutor, también me gustaría recibir una alerta por correo electrónico de todas las fechas de las reuniones y / o cambios en el calendario de eventos. Mi correo electrónico es: \_\_\_\_\_

## **Información Médica**

Liste de todos los medicamentos que toma diariamente y / o de manera regular: \_\_\_\_\_

Alergias del joven incluyendo medicamentos y alergias alimentarias: \_\_\_\_\_

Problemas médicos crónicos del joven (por ejemplo, diabetes, epilepsia): \_\_\_\_\_

Otras restricciones físicas o necesidades dietéticas del joven: \_\_\_\_\_

**Otro tratamiento médico:** En caso se trata de la atención de los representantes de la Iglesia, voluntarios o empleados que mi hijo ha enfermado con síntomas tales como dolores de cabeza, vómitos, dolor de garganta, fiebre, diarrea, quiero llamar cobrar.

**Mi hijo le podrán administrar:** Tylenol (círculo: sí / no), ibuprofeno (círculo: sí / no); Pastillas para la garganta (círculo: sí / no); Benadryl (círculo: sí / no).

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Tutor Fecha

## **STATE OF FLORIDA, COUNTY OF Hillsborough**

Sworn to and subscribed before me this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 2021 who [ ] is personally known to me, or [ ] who produced the following as identification \_\_\_\_\_.

(SEAL)



**DIOCESE OF ST. PETERSBURG**

**Statement of Understanding and Release of Liability in Regard to Covid-19**

COVID-19 has been declared a worldwide pandemic by the World Health Organization. In order to resume regular Faith Formation and Youth Ministry operations, the Diocese of St. Petersburg and Resurrection Catholic (“Parish”) have put in place reasonable preventative measures and standards of behavior to reduce the spread of COVID-19 at parish activities. Even with implementation of safety protocols, the Parish cannot guarantee that you or your child(ren) will not become infected with COVID-19; attendance at Parish and/or participation in the Parish activities could increase your risk and/or your child(ren)'s risk of contracting COVID-19.

**ASSUMPTION OF RISK:** The (*Diocese of St. Petersburg/Resurrection Catholic*) cannot prevent you or your child/children from becoming exposed to, contracting, or spreading COVID-19 while attending parish programs and related activities. It is not possible to prevent against the presence of the disease. Therefore, if you choose for your children to attend Resurrection Catholic programs, your child and/or other family members may be exposed to and/or at increased risk of contracting or spreading COVID-19. I/we have read and understood the above warning concerning COVID-19. I/we hereby choose to accept the risk of contracting COVID-19 for myself/ourselves, my/our child/children, and/or other family members in order for my/our child/children,

\_\_\_\_\_  
(Name of Minor Child)

to attend parish programs and related activities. By signing this agreement, I/we acknowledge the contagious nature of COVID-19 and that my/our child(ren) and I/we may be exposed to or infected by COVID-19 by attending and/or being present at parish programs, and/or by participating in parish activities, and that such exposure or infection may result in personal injury, illness, permanent disability, and death.

**WAIVER OF LAWSUIT/LIABILITY:** I hereby forever release and waive my right to bring suit against (*Diocese of St. Petersburg/Resurrection Catholic*) and its owners, officers, directors, managers, officials, trustees, agents, employees, authorized volunteers, or other representatives in connection with exposure, infection, and/or spread of COVID-19 related to the Program. I understand that this waiver means I give up my right to bring any claims including for personal injuries, death, disease or property losses, or any other loss, including but not limited to claims of negligence and give up any claim I may have to seek damages, whether known or unknown, foreseen or unforeseen.

**CHOICE OF LAW:** I understand and agree that the law of the State of Florida will apply to this contract.

I HAVE CAREFULLY READ AND FULLY UNDERSTAND ALL PROVISIONS OF THIS RELEASE, AND FREELY AND KNOWINGLY ASSUME THE RISK AND WAIVE MY RIGHTS CONCERNING LIABILITY AS DESCRIBED ABOVE.

I am the parent or legal guardian of the minor named above. I have the legal right to consent to and, by signing below, I hereby do consent to the terms and conditions of this Release.

\_\_\_\_\_

(Parent/Guardian Name – Printed)

\_\_\_\_\_

(Parent/Guardian Signature)

(Date)



**DIÓCESIS DE ST. PETERSBURG**

**Declaración de Entendimiento y Exoneración de Responsabilidad Respecto al COVID-19**

La enfermedad del COVID-19 ha sido declarada pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. En vistas a reanudar las actividades regulares de los ministerios de la Formación en la fe y la Pastoral juvenil, la Diócesis de St. Petersburg y la parroquia de (Resurrection Catholic) han puesto en vigor medidas preventivas razonables y reglas de comportamiento a fin de reducir la propagación del COVID-19 en las actividades parroquiales. Aun con la implementación de los protocolos de seguridad la parroquia no puede garantizar que su hijo/hija no contraiga el COVID-19; ir a su parroquia o participar en actividades parroquiales pudiera aumentar su riesgo y el de sus hijos/hijas de contraer el COVID-19.

**SUPUESTO RIESGO:** La (*Diócesis de St. Petersburg/la parroquia de Resurrection Catholic*) no pueden evitar que ni usted ni su hijo sean expuestos, contraigan o propaguen el COVID-19 por participar en programas parroquiales u otras actividades de esa misma índole. No es posible evitar del todo la presencia de tal enfermedad. Por lo tanto, si ustedes deciden que su hijo/hija participe en los programas de la parroquia de Resurrection Catholic tengan en cuenta que su hijo/hija o cualquier otro miembro de la familia pueden estar expuestos al COVID-19 y a tener un mayor riesgo de contraer o propagar el COVID-19. He leído y entiendo la advertencia aquí expuesta respecto al COVID-19. Yo, el suscrito, acepto el riesgo de contraer el COVID-19, tanto para mí como para mi cónyuge, mis hijos/hijas y cualquier otro miembro de la familia, para que mi hijo/hija,

\_\_\_\_\_ (Nombre del hijo/hija menor de edad)

pueda participar en los programas parroquiales y en otras actividades relacionadas. Yo, el suscrito, reconozco con mi firma la naturaleza contagiosa del COVID-19 y a la vez reconozco que mi hijo/hija, mi cónyuge y yo podemos estar expuestos al COVID-19 como consecuencia de estar presente o participar en los programas parroquiales, y que el estar expuestos o contagiados, puede tener como resultado lesiones personales, enfermedades, discapacidades permanentes y muerte.

**RENUNCIA EXPRESA DE DEMANDA/RESPONSABILIDAD:** Por medio del presente documento yo, el suscrito, renuncio expresamente y por siempre a todo derecho de demanda legal contra (*la Diócesis de St. Petersburg/Resurrection Catholic*) y a sus propietarios, oficiales, directores, gerentes, funcionarios, fiduciarios, empleados, voluntarios autorizados u otros representantes con relación a la exposición, el contagio y la propagación del COVID-19 relacionado con el Programa. Es mi entender que esta renuncia significa desistir de todos mis derechos a cualquier reclamación o acción legal, incluso por lesiones personales, muerte, enfermedad o pérdida de propiedad, o cualquier otro tipo de pérdida, incluso pero no limitado a reclamaciones debido a negligencias, y asimismo renuncio a cualquier reclamación por daños, ya sean conocidos o desconocidos, previstos o imprevistos.

**POTESTAD JURISDICCIONAL:** Entiendo y acepto que este contrato está regido por las leyes del estado de la Florida.

**HE LEÍDO CUIDADOSAMENTE Y ENTIENDO TOTALMENTE TODAS LAS DISPOSICIONES DE ESTA EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, Y LIBRE Y CONSCIENTEMENTE ASUMO EL RIESGO Y RENUNCIO A MIS DERECHOS CON RESPECTO A LA RESPONSABILIDAD QUE SE DESCRIBE ANTERIORMENTE EN ESTE DOCUMENTO.**

Soy el padre, la madre o el guardián legal del niño/la niña menor de edad que se menciona en el presente documento. Tengo el derecho legal de consentimiento y como suscrito doy mi consentimiento a los términos y condiciones de esta Exoneración de Responsabilidad.

\_\_\_\_\_ (Nombre del padre/la madre/guardián-en letra de molde)      \_\_\_\_\_ (Firma del padre/la madre/guardián)      \_\_\_\_\_ (Fecha)

# Parent/Student Parish Faith Formation

## Policy Acknowledgement Form

### ACKNOWLEDGEMENT

I acknowledge that I have received, read, understand and my child/children agree to abide by the Policies contained in the Parent/Student Faith Formation Handbook including the local Parish program policies and Procedures, the Harassment Policy in Non-Employment Situations and the Safe-Environment Policies of the Diocese of St. Petersburg.

\_\_\_My Child/Children and I will attend the Parent/Student Safe Environment Education program sessions at our home and will submit the assessment page with our faith formation registration forms

\_\_\_\_\_  
(Signature) Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
(Signature) Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
(Name Printed) Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
(Name Printed) Parent/Guardian

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Student Name(s) Printed

\_\_\_\_\_  
Signature(s) Student(s)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Name of Parish