

P.R.E.P para 2021-2022 Escriba un formulario para todos sus hijos. Escriba sus nombres y cualquier alergia médica que pueda tener.

FORMULARIO DE PERMISO, RENUNCIA Y AUTORIZACION PARA BUSCAR TRATAMIENTO MEDICO (rev. 7-9-2020)

1. Yo, el padre con custodia/tutor legal de _____, (el "Niño/Niña"), doy permiso para que mi Hijo/Hija participe en la actividad descrita en el *Formulario de Información de Actividad* (la "Actividad") y libero de toda obligación, indemnizar y eximir de responsabilidad HAMILTON PASTORAL REGION Santa Julia Iglesia (nombre de la parroquia y la escuela) ("Parroquia y Escuela"), de la Arquidiócesis de Cincinnati (la "Arquidiócesis") del Arzobispo de Cincinnati (el "Arzobispo"), y todos sus agentes, representantes, voluntarios y empleados de cualquier responsabilidad, reclamos, juicios, daños, costos y gastos, incluidos los honorarios de abogados, que surjan de cualquier lesión, enfermedad, enfermedad infecciosa y/o contagiosa (como SARM, gripe o COVID-19), o la muerte, (incluyendo cualquier lesión, enfermedad infecciosa o la muerte causada por la negligencia de la Parroquia y la Escuela, el Arzobispo, la Arquidiócesis, cualquier parroquia o escuela dentro de la Arquidiócesis, o cualquiera de sus agentes, representantes, voluntarios o empleados) incurridos por mi Hijo/Hija mientras participaba en la Actividad, viajaba hacia o desde la Actividad, o mientras usaba las instalaciones y el equipo de la Parroquia y la Escuela. Además, acepto no presentar, enjuiciar o permitir que se presenten o enjuicien (incluyendo, pero no limitado a, procesamiento a través de la subrogación) en mi nombre, o en nombre de mi Hijo/Hija, cualquier reclamo, demanda o acción contra la Parroquia y la Escuela, el Arzobispo, la Arquidiócesis, todas las parroquias y escuelas dentro de la Arquidiócesis, o sus agentes, representantes, voluntarios y empleados.

1. Entiendo que la participación de mi Hijo/Hija en la Actividad es puramente voluntaria y es un privilegio y no un derecho, y que mi Hijo/Hija y yo, en nombre de mi Hijo/Hija, estoy de acuerdo con la participación de mi Hijo/Hija en la Actividad a pesar de los riesgos de lesiones, enfermedades, enfermedades infecciosas y/o transmisibles (como SARM, gripe o COVID-19), y la muerte. Estoy de acuerdo en que si mi Hijo/Hija tiene problemas de salud subyacentes que pueden ponerlo en mayor riesgo de contraer COVID-19 o que posiblemente aumentaría la gravedad de la enfermedad si COVID-19 es adquirido, entonces mi hijo/hija y yo consultaremos con un profesional de la salud antes de que participe en la actividad.

2. Acepto instruir a mi Hijo/Hija para que coopere con los agentes de la Parroquia y la Escuela y/o la Arquidiócesis que están a cargo de la Actividad.

3. Autorizo a los agentes de la Parroquia y la Escuela y/o de la Arquidiócesis que actúan como líderes de la Actividad a buscar tratamiento médico para mi Hijo/Hija en caso de cualquier lesión, enfermedad o emergencia médica durante la Actividad o viaje relacionado. Entiendo que los agentes de la Parroquia y la Escuela y/o la Arquidiócesis harán un intento razonable de ponerse en contacto conmigo tan pronto como sea posible en caso de una emergencia médica que involucre a mi hijo/hija.

1. *Por favor indique.* Yo estoy de acuerdo no estoy de acuerdo que la Parroquia y Escuela y/o la Arquidiócesis puedan usar el retrato o fotografía de mi Hijo/Hija con fines promocionales, sitio web y funciones de oficina.

2. *Por favor indique.* Yo estoy de acuerdo no estoy de acuerdo que la Parroquia y Escuela y/o la Arquidiócesis puedan usar las redes sociales y la tecnología para comunicarse con mi hijo/hija con respecto a las actividades del ministerio relacionado con la parroquia/escuela.

3. Este Permiso, Liberación y Autorización está destinado a ser tan amplio e inclusivo como está permitido por la ley del Estado de Ohio, y si alguna parte del presente es declarado inválido, se acuerda que el saldo continuará, de todas formas, en pleno vigor y efecto legal. Este Permiso, Liberación y Autorización se interpretará de acuerdo con las leyes del Estado de Ohio, excluyendo, e independientemente de, cualquier elección de principios legales en sentido contrario.

4. La Parroquia y Escuela, la Arquidiócesis, el Arzobispo y sus agentes, empleados y voluntarios no tendrán responsabilidad alguna en caso de que la Actividad sea cancelada debido, en su totalidad o en parte, a cualquier pandemia, epidemia, enfermedad o enfermedad generalizada, preocupación de salud pública o circunstancias que surjan de ella, o de las acciones tomadas por cualquier autoridad gubernamental o municipal para prevenir, evitar o mitigar sus impactos.

He leído cuidadosamente, entiendo y acepto los términos y condiciones aquí establecidos y reconozco y acepto que este Permiso, Liberación y Autorización para Buscar Tratamiento Médico será efectivo y vinculante para mí, mi Hijo/Hija y nuestros representantes personales, patrimonios, asignados, herederos y parientes mas cercanos. He firmado a continuación por mi propia voluntad.

Firma del Padre con Custodia/Tutor Legal _____

Fecha _____/_____/_____

Nombre de Padre _____

Dirección Postal de la casa: _____

Lugar de empleo y Dirección Postal:

Número de teléfono del Padre en Custodia/Tutor Legal (celular): _____

(otro número de teléfono): _____

Número de teléfono del Contacto de Emergencia (celular): _____ ; _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA
Completado por el Padre con Custodia/Guardián Legal— Favor de imprimir

Nombres del Niño(s)/Niña(s) _____ Fecha(s) de nacimiento(s) ____ / ____ / ____

Alergias (por ejemplo, alimentos, medicinas, estésicos):

Medicamentos que toma regularmente:

Condiciones médicas/Deterioros (Por ejemplo: epilepsia, diabetes, asma):

Doctor familiar: _____ Número de teléfono: _____

Padre con Custodia/Guardián Legal Número de (celular): _____ ;

(otro número de teléfono): _____

Contacto de Emergencia Número de teléfono (celular): _____ ;(otro número de teléfono): _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD **A. Programa en marcha**

Parroquia/Escuela Santa Julia Billiard Programa o Grupo PREP Programa de educación religiosa parroquial grado K - 12

Fecha de Inicio 09/12/21 Fecha de finalización 04/24/22 Cuota de Inscripción \$50.00 (mas \$25 cuota de dólares para el ano el niño va a recibir un sacramento...de libros y retiros adicionales.)

Ubicación 10:30 am – 11:30 am a veces as tarde Día y hora Domingo – 10:30 – 11:30 am

Actividades rutinarias Estudios bíblicos, Lectura, escritura, canto, artes y manualidades, proyectos para ayudar a los demás; algunos ocurren de 11:30 am a 1:00 pm. Los programas se llevan a cabo en Fenmont, la oficina parroquial, la casa de Dot y la Iglesia

Líder del Grupo Mrs. Mary Pat Austing en ingles Núm. de teléfono 513-863-1040 Ext. * 815

Otra Información : Líder Del Grupo: Mrs. Pilar Hernandez 513-892-9041 en español

Firma del Padre en Custodia/Guardián Legal _____ Fecha ____ / ____ / ____