

Diócesis de Superior
Forma de permiso para menores e información en caso de emergencias

Información del menor

Nombre completo: _____ Sexo: Masculino Femenino

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Iglesia a la que pertenece y ciudad en la que se encuentra: _____

Información del evento

Descripción del evento: _____

Fecha del evento: _____ Empieza: _____ Termina: _____

Costo al participante: _____

Promocionado por : _____

Supervisado por: _____

Necesitamos su permiso para que su hijo/hija participe en el evento mencionado arriba de estas líneas. Por favor regrese esta forma firmada el _____ a _____.

Doy permiso para que mi hijo/hija participe en el evento mencionado en esta forma. Mi firma indica que yo entiendo los riesgos asociados con este evento, incluidos la posibilidad de lastimarse, y la remota posibilidad de muerte. Yo entiendo que puedo hablar sobre mis preocupaciones o hacer preguntas sobre este evento a un representante de la parroquia o de la Diócesis de Superior antes de dar permiso de que mi hijo/hija participe en el evento.

Por dejar que mi hijo/hija participe en este evento, acepto pagarle o devolverle a la iglesia o a la Diócesis de superior cualquier pago que hayan hecho para defender una demanda que yo o mi hijo/hija hayamos hecho en contra de la Diócesis de Superior en relación a este evento si la corte no encuentra a la Diócesis de Superior responsable o culpable de la demanda. Si la Diócesis es responsable o culpable de acuerdo con la ley el párrafo anterior perderá validez. También estoy de acuerdo en devolverle a la Diócesis el costo de cualquier daño que mi hijo/hija hubiera causado a otra persona participante en el evento o a su propiedad.

Firma de los padres o guardianes: _____ Fecha _____

Relación con el niño/niña: _____

Teléfonos-Casa: _____ Trabajo: _____ Cell: _____

Email de los padres: _____

Contactos en caso de emergencia

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfonos- Casa: _____ Trabajo: _____ Cell: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfonos- Casa: _____ Trabajo: _____ Cell: _____

Nombre del doctor familiar: _____ Teléfono: _____

Hospital de preferencia y dirección: _____

Compañía de Seguro medico: _____ Número de póliza: _____

SI SU HIJO/HIJA NECESITA TOMAR MEDICAMENTOS DURANTE EL EVENTO USTED DEBE LLENAR UNA FORMA Y TRAER EL MEDICAMENTO. PIDALE LA FORMA AL ORGANIZADOR DEL EVENTO.