

FORMULARIO DE AUTORIZACION DE ACTIVIDAD ESTUDIANTIL Y JUVENIL

Escuela/Parroquia/Otras entidades arquidiocesanas patrocinadoras ("Lugar"): _____

Sitio y fecha del evento/viaje: _____

Actividad: Salida de campo ___ Retiro ___ Otra (Especifique) _____ Propósito: _____

Descripción de la actividad: _____ Ver Adjunto: _____

Modo de transporte: _____ Costo total del viaje: \$ _____

Maestro/chaperón: _____ Atuendo: _____

Nombre del menor: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ Masculino ___ Femenino ___ Grado ___

Yo autorizo que mi hijo/hija participe en la actividad descrita anteriormente. Soy consciente de que el/ella no sufre de ninguna condición médica que le impida que participe plenamente en esta actividad.

Mi hijo/hija tiene las siguientes necesidades médicas, alergias o restricciones dietéticas _____

Si mi hijo/hija necesita tomar algún medicamento mientras participa en esta actividad, yo autorizo a mi hijo/hija para que se autoadministre su medicamento de acuerdo con el *Formulario de Autorización y Permiso de Medicamentos*, y si mi hijo/hija no puede autoadministrarse, yo autorizo a los miembros del personal o chaperones responsables, de administrar o ayudar con los medicamentos de mi hijo/hija. También autorizo a los miembros del personal responsable, chaperones, médicos e instalaciones médicas para que utilicen su criterio para obtener y brindar tratamiento médico a mi hijo/hija si este fuera necesario. Entiendo que los beneficios del seguro de salud a través del lugar, si los hay, pueden estar limitados, y entiendo que soy totalmente responsable del costo de todo tratamiento médico proporcionado a mi hijo/hija. Yo acepto reembolsar al lugar el costo de cualquier tratamiento médico y los gastos incurridos.

Liberación de responsabilidad: como una condición para participar en esta actividad, por medio de la presente libero y exonero a "The Roman Catholic Archbishop of Los Angeles", una corporación única, a la Corporación de Educación y Bienestar de la Arquidiócesis de Los Ángeles, y al lugar y sus respectivos agentes, empleados y/o a cualquier padre/voluntario/acompañante, de toda responsabilidad, pérdidas o reclamos por lesiones personales, muerte injusta o daños a la propiedad que yo o mi hijo/hija puedan sufrir como resultado de la participación en la actividad descrita anteriormente.

Padre/Madre/Guardián

Fecha

Teléfono

Celular

Oficina

En caso de emergencia si el padre/madre/guardián no están disponibles, favor notificar a:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Compañía de seguro médico: _____ Póliza No.: _____

Para ser completado por el "Lugar"

Para ser completado por el padre/madre/guardián

