

**“Veritas” ~ Programa de Formación de Fe ~ las parroquias de Ss. Peter & Paul,
y Santa María de los Ángeles - Green Bay**

Yo, el padre / guardián de:

Concedo permiso para que mi hijo (s) / hija (s) participe en el Programa de Formación de Fe Veritas.

Desde el septiembre de 2018 hasta el 5 de mayo de 2019.

Como padre y / o tutor legal, yo soy legalmente responsable de cualquier acción personal tomada por el/los Menor (es) (participantes). Estoy de acuerdo, que mi hijo (a) nombrado aquí, o nuestros herederos, sucesores y cesionarios, para mantener fuera de peligro y reclamos y defender Ss. La Congregación Católica Peter & Paul, la Parroquia Santa María de los Ángeles y la Diócesis de Green Bay, sus funcionarios, directores, empleados y agentes de cualquier reclamación relacionada con mi hijo (a) que asista al evento o en relación con cualquier enfermedad o lesión (incluyendo muerte) o costo de tratamiento médico en relación con esto, y estoy de acuerdo en compensar por la (s) parroquia (s) y la Diócesis, sus Oficiales, empleados y los directores, agentes y acompañantes, o representante asociado por el evento de los Honorarios y gastos del abogado y los gastos que puedan incurrir en cualquier acción en contra de ellos como resultado de Lesiones o daños, a menos que tal reclamación se derive de la negligencia de la (s) parroquia (s) o la Diócesis de Green Bay.

Autorización para el tratamiento médico

Por la presente autorizo el tratamiento, la administración del (los) tratamiento (s) cirugía (s) anestesia de los Hijos / hijas mencionados arriba en caso de una situación médica que ocurre durante mi ausencia cuando el hospital o Los médicos no pueden ponerse en contacto conmigo. Esta autorización se extiende a cualquier hospital, médico (s) y enfermera, personal del hospital o empleado por el médico, así como cualquier médico y personal médico donde el tratamiento se realiza en el sitio o en la oficina del médico. Libero de responsabilidad médica y responsabilidad del hospital, el (los) médico (s) y el personal de enfermería para realizar procedimientos médicos que permitan los procedimientos médicos para el tratamiento oportuno de los niños menores bajo la responsabilidad de cualquier situación que pueda suceder dentro de las instalaciones.

Si es necesario, para fines de seguro, preferencia de hospital:

Usted debe ser consciente de estas condiciones médicas especiales, alergias, limitaciones físicas, problemas necesidades / preocupaciones, etc de mi (s) hijo (s):

Permiso Para Grabación / Fotografía

Este formulario permite la autorización y el permiso para la participación de mi hijo (s) en el video y / o Fotografías que puedan ser tomadas durante el Programa de Formación Fe Veritas. Esto puede utilizarse para promocionales futuros, incluyendo los medios electrónicos, la televisión, internet, impresiones y la radio.

Firma del padre / tutor * _____

Dirección _____ Teléfono: _____

Contacto Secundario de Emergencia _____

Teléfono _____

Fecha: _____

* Requerido si el participante es menor de 18 años

2018-19