



FORMULARIO DE PERMISO DE ACTIVIDAD ESTUDIANTIL Y JUVENIL

UBICACIÓN: Old Mission Santa Ines Confirmation - Trip to Los Angeles for Walk for Life and Mass at LA Cathedral

Nombre del Menor: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Masculino _____ Femenino _____ Grado _____

Tipo de Actividad: Viaje de estudios X Retiro _____ Otro (especifica) _____

Fecha(s) de Actividad: January 2, 2018 6AM - 10PM Meet at Confirmation Room

Costo: \$0

Propósito: Trip to Los Angeles for Walk for Life and Mass at LA Cathedral

Descripción de Actividad: Trip to Los Angeles to participate in Walk for Life and Mass at LA Cathedral

Ver adjunto: _____

Modo de Transporte: Caminar _____ Viaje compartido _____ Autobús X

Otro (especifica) _____

Maestro/Chaperón: Melanie Kryskowiak, Tony and Jackie Yanez

Atuendo: _____

Solicito que se permita a mi hijo/hija a participar en la actividad mencionada anterior. Mi hijo/a no tiene ninguna condición médica que haría su participación en esta actividad inapropiada. Mi hijo/a no tiene conocido necesidades médicas, alergias o restricciones en la dieta excepto en lo siguiente:

Si es necesario para mi hijo/a tomar medicación durante su participación en esta actividad, por la presente autorizo a mi hijo/a el permiso para auto-administrarse su medicación en acuerdo con la Autorización de Medicamentos y Forma de Permiso y, si mi hijo/a no puede auto-administrarse, autorizo a los miembros de la facultad o chaperones responsables para administrar o para ayudar en la administración de medicamentos a mi hijo/a. También doy permiso a los miembros de la facultad, chaperones, los médicos y centros médicos responsables de utilizar su criterio para obtener y proporcionar tratamiento médico para mi hijo/a en caso de ser necesario. Estoy de acuerdo para aliviar la ubicación y adultos que participan de la responsabilidad en relación con esta solicitud. Entiendo que los beneficios de seguro a través de la ubicación, si los hay, pueden tener una aplicación limitada, y que yo soy el único responsable por el costo de la totalidad de la asistencia médica proporcionada a mi hijo/a. Estoy de acuerdo en compensar y mantener la ubicación inofensivos del costo de cualquier servicio médico y gastos relacionados con los costes incurridos.

Liberación de Responsabilidad: Como condición para participar en esta actividad, por la presente yo mantengo indemne, libero y exime a el Arzobispo Católico Romano de Los Ángeles, una sociedad anónima única, Arquidiócesis de Los Ángeles Corporación de Educación y Bienestar y la ubicación, sus respectivos agentes y empleados y cualquier padre /voluntario / chaperón, de cualquier y toda responsabilidad, pérdidas o reclamaciones por lesiones personales, muerte por negligencia o lesiones a la propiedad que yo o mi hijo/a pueda sufrir como consecuencia de la participación en la actividad descrita anteriormente.

Padre/Tutor

Fecha

Teléfono de casa

Teléfono celular

Teléfono del Trabajo

Persona a notificar en caso de emergencia si el padre o tutor no está disponible:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Seguro de salud: _____

No. de Póliza: _____