PERMISSION SLIP

Participant's Name (Please print) Home Phone

Address City/State/Zip

Parent's Name Mobile Phone Work Phone

Safety: As the participant, I agree to follow all procedures, safety precautions, and rules and regulations set forth by the Diocese and the Parish.

Signature of Participant Date

Parental Permission and Liability Release: As parent/legal guardian of the participant names above, I give my permission to participate fully in **Field Trip to Shrine of the Immaculate Conception** (*Name of Program or Trip*) from **Feb. 4, 2017 @ 8:45 AM** *(Start Date/Time)* to **Feb. 4, 2017 @ 2:30 PM** *(End Date/Time).* I agree to indemnify and hereby release the Most Reverend Paul S. Loverde Bishop of the Catholic Diocese of Arlington and his successors in office, as well as the Catholic Diocese of Arlington and all Diocesan clergy, employees, volunteers, and participating parishes and schools from any and all liability, claims, demands for personal injury, sickness and death, as well as property damage and expenses of any nature whatsoever which may be incurred by the undersigned of the participant resulting from said participant's involvement in the above mentioned event (including transportation to and from the event). Furthermore, I on behalf of the participant hereby assume all risk of personal injury, sickness, death, damage, and expenses resulting from said participant's involvement in the above described event.

Informed Consent to Medical Treatment: I request that in my absence the above-named minor be admitted to any hospital or medical facility for diagnosis and treatment. I request and authorize physicians, dentists, and staff, duly licensed as Doctors of Medicine or Doctors of Dentistry or other such licensed technicians or nurses, to perform any diagnostic procedures, treatment procedures, operative procedures and x-ray treatment of the above minor. I have not been given a guarantee as to the results of examination or treatment. I authorize the hospital or medical facility to dispose of any specimen or tissue taken from the above-named minor. I assume full responsibility for all costs of such treatment. Further, should it be necessary for the participant to return home due to medical, disciplinary, or other reasons, I do hereby assume responsibility for the participant's transportation home and any costs related thereto.

Photo, Press, Audio, and Electronic Media Release: I authorize the Catholic Diocese of Arlington, its parishes, its schools and/or the Arlington Catholic Herald to use and publish my child's photograph, video and/or audio recording along with their name identifying them for educational, news stories, illustration and/or marketing purposes.

Emergency Contact: Name_____ Relationship: _____

Phone Number: (H) _____ (W) _____ (C) _____

Health Information: Are there any medical conditions which may affect the participant's involvement in the above event? _____

Are there any known allergies including any allergies to medicine? _____

_____

Physician and Medical Insurance: Primary Healthcare Provider _____ Phone _____

Insurance Company _____ Policy Number: _____

I understand and hereby agree to the terms and conditions of the participant's involvement in the above described event and I freely execute this Acknowledgement with full knowledge of its content.

Signature of Parent or Legal Guardian Date

Revised: 8/18/2016

NOTA DE PERMISO

Nombre del participante (letras de imprenta) Teléfono de la casa

Dirección Ciudad/Estado/Código postal

Nombre del padre o de la madre Teléfono móvil Teléfono del trabajo

Seguridad: Como participante, me comprometo a observar todos los procedimientos, las precauciones de seguridad y las normas y los reglamentos establecidos por la Diócesis y la Parroquia.

Firma del participante Fecha

Permiso de los padres y descargo de responsabilidad: Como padre/madre/tutor legal del participante previamente citado, autorizo para participar plenamente en **Santuario de la Immaculada Concepcion, Wash. DC** (*Nombre del programa o del viaje*) desde **El Sabado, 4 de Febrero a las 8:45 am** *(Fecha y hora de iniciación)* hasta **El Sabado 4 de Febrero 2:30 pm** *(Fecha y hora de terminación).* Me comprometo a indemnizar y, por medio del presente instrumento, a exonerar a al Reverendísimo Paul S. Loverde, Obispo de la Diócesis Católica de Arlington, y a sus sucesores en el cargo, así como a la Diócesis Católica de Arlington y a todo el clero, los empleados, los voluntarios, las parroquias y escuelas participantes de la Diócesis, de toda responsabilidad, reclamación, demanda por lesión personal, enfermedad o muerte, así como de cualquier daño a la propiedad y gastos de cualquier naturaleza que pueda incurrir el padre, la madre o el tutor legal del participante como resultado del involucramiento de este último en el evento previamente citado (incluyendo el transporte de ida o regreso del evento). Además, en nombre del participante asumo, por medio del presente instrumento, todo el riesgo de lesión personal, enfermedad, muerte, daño y gastos como resultado del involucramiento de dicho participante en el evento previamente descrito.

Consentimiento informado para tratamiento médico: Solicito que en mi ausencia, se admita al menor previamente citado, a cualquier hospital o establecimiento médico para diagnóstico y tratamiento. Solicito y autorizo los médicos, a los dentistas y otro personal debidamente acreditado, Doctores en Medicina o Doctores en Odontología u otros técnicos y personal de enfermería acreditados, para que realicen cualquier procedimiento de diagnóstico, tratamiento o procedimiento quirúrgico y tratamiento de rayos X, que el menor previamente citado necesite. No se me ha dado ninguna garantía con respecto a los resultados del examen o del tratamiento. Autorizo al hospital o al establecimiento médico que disponga de cualquier espécimen o tejido tomado del menor previamente citado. Asumo plena responsabilidad por todos los costos de ese tratamiento. Además, si fuera necesario que el participante regresara a casa por razones médicas, disciplinarias o de cualquier otra índole, asumo por medio del presente instrumento toda responsabilidad para el transporte del participante a casa y los costos relacionados con dicho transporte.

Consentimiento de fotografía, prensa, audio y medios electrónicos: Además, autorizo a la Diócesis de Arlington, sus parroquias, y/o la Catholic Herald para que utilice y publique las fotografías, el video y las grabaciones de audio de mi/nuestro(a) hijo(a) identificándolos por su nombre para fines educativos, notas de prensa, ilustraciones y/o con el propósito de comercialización.

Contacto de emergencia: Nombre _____ Parentesco _____

Teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Información de salud: ¿Hay algún problema médico que puede afectar el involucramiento del participante en el evento citado? _____

¿Hay alguna alergia conocida, incluso una alergia a medicamentos? _____

_____

Médico y seguro médico: Proveedor de atención primaria de salud _____ Teléfono_____

Compañía de seguros _____ Número de la póliza _____

Entiendo y por medio del presente instrumento estoy de acuerdo con los términos y condiciones del involucramiento del participante en el evento previamente descrito; y, ejecuto libremente este documento de confirmación con pleno conocimiento de su contenido.

Firma del padre o de la madre o del tutor legal Fecha

Revisado el 23 de agosto de 2016