

## PERMISO PARA ASISTIR AL FESTIVAL DIOCESANO DE FÚTBOL 2011

Como padre/tutor legal de \_\_\_\_\_, autorizo para que mi hijo participe en el *Festival Diocesano de Fútbol 2011* que se celebrará en la *Bull Run Park (7700 Bull Run Drive Centreville, VA 20121)* el Sábado, 24 de septiembre, 2011.

**Yo reconozco y entiendo** que la participación en este tipo de actividades conlleva riesgos de lesión para mi hijo(a), incluyendo aquellos relacionados con el transporte. Yo acuerdo indemnizar a la parroquia, los Youth Ministers, voluntarios y a la Diócesis de Arlington por cualquier costo o gasto que pudiera surgir debido a la participación de mi hijo(a) en esta actividad, incluyendo el costo médico de aquello que se le tuviera que administrar a mi hijo(a) o en los gastos incurridos en cualquier demanda que resultara como consecuencia de daños o lesiones causadas por mi hijo(a) debido a la participación en esta actividad.

**Asimismo, también autorizo** a que en mi ausencia, el menor, que arriba se menciona, sea admitido en un hospital o instalación médica para obtener diagnóstico y tratamiento. Solicito y autorizo a los médicos, dentistas, y personal, con las debidas licencias de Doctores en Medicina o Doctores de Dentistería, o a otros técnicos y enfermeros licenciados, a que ejecuten cualquier procedimiento de diagnóstico, tratamiento, procedimiento operativo y tratamiento de rayos-x al menor arriba mencionado. Entiendo que no se me garantizan los resultados de exámenes o tratamientos. Autorizo al hospital o instalación médica a que dispongan de cualquier espécimen o tejido que se haya tomado del menor arriba mencionado. **Autorizo** a la Diócesis de Arlington para que utilice fotos o video de mi hijo(a) por razones educacionales y/o publicitarias. **Entiendo** que en el caso que mi hijo/hija estará enfermo durante la excursión con una enfermedad comunicable, tengo que hacer arreglos para recoger mi hijo/hija desde el sitio de la excursión.

---

Fecha de Nacimiento

Fecha de la Última vacuna de tétano

---

Alergias conocidas, incluyendo cualquier alergia a medicinas (Continúe al reverso de la hoja si fuera necesario)

---

Algún otra condición medica

---

Nombre del Padre/Tutor Legal

---

Dirección

Ciudad/Estado/Código Postal

---

Número de Teléfono de la Casa

Trabajo

Móvil

---

Persona responsable por los gastos (si es diferente de la que se menciona arriba).

---

Dirección

Ciudad/Estado/Código Postal

---

Número de Teléfono de la Casa

Trabajo

Móvil

---

Persona a quien se pueda recurrir si los padres/tutor no estuvieran disponibles

---

Número de Teléfono de la Casa

Trabajo

Móvil

---

Teléfono del Médico de la Familia

---

Compañía de Seguros y Número de la Póliza

---

Firma del Padre/Madre/Tutor

---

Firma del Testigo (Encargado del evento o chaperón)

---

Fecha

**DIOCESAN SOCCER FESTIVAL 2011 PERMISSION SLIP**

As the parent/legal guardian of \_\_\_\_\_, permission is hereby given for my child to attend the *Diocesan Soccer Festival* on Sept. 24, 2011 at *Bull Run Park (7700 Bull Run Drive Centreville, VA 20121)*

**I understand and acknowledge** that participation in the activities involves inherent risks of injury to my child including risks associated with transportation by motor vehicle. I agree to indemnify the Parish, Youth Ministers, Volunteers, and the Diocese of Arlington for any costs or expenses arising out of my child's participation in the activities including the cost of any medical care given my child or any expenses or fees incurred in any lawsuit arising as a result of any damage or injuries caused by my child in the course of his or her participation in the activity.

**I further give my consent to** 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 authorize** the Diocese of Arlington to use my child's picture or video recording for educational and/or marketing purposes. **I understand** that in the event my child becomes ill with a communicable illness during the trip, I have to make immediate arrangements to retrieve my child from the trip location.

\_\_\_\_\_  
Date of Birth

\_\_\_\_\_  
Date of last Tetanus Booster

\_\_\_\_\_  
Known allergies including any allergies to medicine (Continue on back of form if needed)

\_\_\_\_\_  
Any other medical problems which should be noted (Continue on back of form if needed)

\_\_\_\_\_  
Name of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
City/State/Zip

\_\_\_\_\_  
Phone Home

\_\_\_\_\_  
Work

\_\_\_\_\_  
Mobile

\_\_\_\_\_  
Person responsible for charges (if different from above)

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
City/State/Zip

\_\_\_\_\_  
Phone Home

\_\_\_\_\_  
Work

\_\_\_\_\_  
Mobile

\_\_\_\_\_  
Person to notify if parent/guardian is unavailable

\_\_\_\_\_  
Phone Home

\_\_\_\_\_  
Work

\_\_\_\_\_  
Mobile

\_\_\_\_\_  
Family Physician Phone

\_\_\_\_\_  
Insurance Carrier & Policy Number

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness (Youth Minister or Chaperone)

\_\_\_\_\_  
Date