

# Altar Server Picnic

## Parroquia San Leo – Viernes 8 de Julio de 2022

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

### Compromiso del Participante

Por este medio me comprometo personalmente a brindar mi completa participación en el Altar Server Picnic y a actuar de acuerdo con las normas de conducta establecidas.

Firma del participante \_\_\_\_\_

### Permiso del (de los) padre(s) y aceptación de responsabilidad:

En mi calidad de padre/tutor legal del participante arriba nombrado, yo (nosotros) otorgo (otorgamos) por este medio mi (nuestro) permiso, para su completa participación en el Altar Server Picnic el día 8 de julio de 2022 en la parroquia San Leo. Yo/nosotros en mi/nuestro propio nombre y en nombre de mi/nuestro hij(o)(a) arriba mencionado(a) en calidad de 'participante' renuncio/renunciamos a reclamar para siempre y estoy/estamos de acuerdo en exonerar a la Diócesis de Arlington, la Parroquia (su parroquia) \_\_\_\_\_ y a los directores, funcionarios y agentes de la misma, de cualquiera y de toda responsabilidad, tanto por reclamos y/o demandas judiciales por lesiones personales, enfermedad y muerte, como por daños a la propiedad y gastos de cualquier otra naturaleza en que el suscrito pueda incurrir por haber el participante sido miembro del grupo asistente a este evento (incluyendo el transporte de ida y regreso al mismo). Asimismo, yo/nosotros en nombre del participante asumo/asumimos por este medio todos los riesgos relacionados con lesiones personales, enfermedad, muerte, daños y gastos que puedan resultar por haberse visto envuelto el participante en este evento en particular.

Adicionalmente, la Parroquia \_\_\_\_\_, sus directores, funcionarios y agentes cuentan con mi/nuestra autorización y permiso para proveer al participante el transporte, la comida y el alojamiento necesarios durante el tiempo en que el (ella) tome parte en el evento arriba mencionado.

En mi ausencia, doy consentimiento para que el susodicho menor para ser admitidos en cualquier hospital o centro médico para el diagnóstico y tratamiento. Solicito y autorizo a los médicos, dentistas y personal, debidamente licenciados como doctores en medicina o médicos de Odontología u otros técnicos o enfermeras con licencia, para llevar a cabo los procedimientos de diagnóstico, procedimientos de tratamiento, los procedimientos operativos y de tratamiento de rayos x del menor arriba. No me han dado una garantía en cuanto a los resultados del examen o tratamiento. Autorizo al hospital o centro médico para disponer de cualquier espécimen o tejido tomado del menor antes mencionado. Además, en la eventualidad de que se considere necesario que el participante regrese a casa debido a razones médicas, disciplinarias o de cualquier otra índole, yo/nosotros nos haremos responsables del transporte a casa del participante y de cualquier otro gasto relacionado con tal medida.

### Persona a ser llamada en caso de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Información sobre la salud del participante:** ¿Existe alguna condición médica, o sufre el participante de alergias que puedan afectar su participación en las actividades planeadas para este evento, o en el evento mismo?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si la respuesta es SI, favor de explicar el porqué.

\_\_\_\_\_  
Durante el transcurso de este evento, ¿debe el participante tomar alguna medicina corriente u otro medicamento recetado por un médico?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, favor de indicar el nombre de la medicina, la dosis prescrita y los posibles efectos secundarios de la misma:

\_\_\_\_\_  
Nombre y número telefónico del médico y/o de la Compañía de Seguros Médicos: \_\_\_\_\_

Principal proveedor de servicios médicos: \_\_\_\_\_ Número de la póliza: \_\_\_\_\_

Yo/nosotros estoy/estamos conscientes de los términos y condiciones a que el participante estará sujeto al tomar parte en el evento arriba descrito y por este medio expresamos nuestro acuerdo con los mismos.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ No. de teléfono durante el día: \_\_\_\_\_

**Favor devolver este formulario a su parroquia.**