

RALLY '13 PERMISSION SLIP

T-SHIRT SIZE:_____

As the parent/legal guardian of _____, permission is hereby given for my child to attend the *Diocesan Youth Rally 2013* on October 27, 2013 at Marymount University in Arlington. The meeting time will be at _____ (time) and the pickup time will be _____ at _____ (location).

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. Parents /guardians who do not wish their child to be photographed or filmed should notify the Office of Youth Ministry in writing. 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

Date

PERMISO PARA ASISTIR AL “YOUTH RALLY” 2013

TALLA DE CAMISA: _____

Como padre/tutor legal de _____, autorizo para que mi hijo participe en el *Youth Rally 2013* que se celebrará en Marymount University en Arlington el Domingo, 27 de octubre, 2013. Nos reuniremos ese día a las _____ y favor recoger a su hijo(a) a las _____ en _____.

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. Los padres o guardianes que no quisieran que su hijo/a fuera fotografiado o filmado, deberán notificar por escrito a la Oficina para Jóvenes Adolescentes. **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 Ultima 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

Fecha

Firma del Testigo (Encargado del evento o chaperón)

Fecha

