

STUDENT AND YOUTH ACTIVITY PERMISSION FORM

STUDENT'S NAME: _____

GRADE: _____

Activity: Field Trip Other (specify) All Athletic Activities

Date Of Birth: _____

Date: **06/15/15-06/14/16**

Cost: _____

Educational Purpose: _____

Description of Activity: All 2015-16 Athletic Activities See Attached

Mode of Transportation: Walk Car Pool Bus Other (specify) Van

Teacher/Adult Leader: **Head Coaches & Staff** (Banuelos, Rosa, Crowe, Finn, TBA) Attire: **Appropriate for event**

I request that my child be permitted to participate in the above activity. My child has no medical condition that would render it inappropriate for him/her to participate in this activity. I have returned the Medication Authorization and Permission Form to the school/parish. I agree to direct my child to cooperate and conform to directions and instructions of the parish, school or Archdiocesan personnel responsible for this activity.

As a condition of participating in this activity, I hereby release and discharge The Roman Catholic Archbishop of Los Angeles, a corporation sole, Archdiocese of Los Angeles Education & Welfare Corporation and the school and parish, their respective employees and any parent/volunteer/ chaperone, from any and all claims for personal injuries, wrongful death or property damage that my child may suffer as a result of participation in the activity described above, whether or not such injuries or damage are caused by the negligence (active or passive) of the Archdiocese, the parish, the school or their employees or chaperones.

Should it be necessary for my child to have medical treatment while participating in this activity, I hereby give the responsible personnel or chaperones permission to use their judgment in obtaining medical service, and I give permission to the physician selected by the school personnel or chaperone to render medical treatment deemed necessary and appropriate by the physician. I agree to relieve the school and other participating adults from any liability in connection with this request.

I understand that the insurance benefits through the school or parish, if any, may have limited application, and that I am entirely responsible for the cost of all medical treatment provided to my child. I agree to indemnify and hold the school harmless from the cost of any medical treatment and related expense and cost incurred.

Parent/Guardian

Date

Home Phone

Cell Phone

Work Phone

Person to Notify in case of Emergency if Parent or Guardian is unavailable:

Name: _____

Day phone: _____ Cell: _____

Health Insurance Company: _____ Policy No.: _____

FORMULARIO DE PERMISO DE ACTIVIDAD ESTUDIANTIL Y JUVENIL

NOMBRE DEL NIÑO/A: _____ GRADO: _____

Actividad: Paseo Otro (especificar) **Actividades con Equipos de Deportes**

Fecha: **6/15/15-6/14/16** _____ Costo: _____

Propósito educativo: _____

Descripción de la actividad: **Actividades con Equipos de Deportes 2015-16** Ver adjunto

Modo de transporte: Caminando Automóvil Autobús Otro (especificar) **Van**

Profesor/ Líder Adulto: **Cuerpo Tecnicos (Banuelos, Rosa, Crowe, Finn, TBA)** Atuendo: **Appropriate for event**

Solicito que a mi hija/o se le permita participar en la actividad descrita arriba. Mi hija/o no tiene ninguna condición médica que podría hacer inadecuado para que él/ella participe en esta actividad. He regresado a la escuela/parroquia el Formulario de Permiso y Autorización de Medicamentos. Me comprometo a dirigir a mi hija/o para que coopere y cumpla con las indicaciones e instrucciones de la parroquia, escuela o personal de la Arquidiócesis responsable de esta actividad.

Como condición para la participación en esta actividad, por medio de la presente, libero y absuelvo al Arzobispo Católico y Romano de Los Angeles, a la Corporación Educativa y de Bienestar de la Arquidiócesis de los Angeles, a la escuela y la parroquia, a sus respectivos empleados y a cualquier padre/ voluntario/ y chaperón de cualquier y todo reclamo o demanda por lesiones personales, muerte o daños a la propiedad que mi hija/o pueda padecer como resultado de su participación en la actividad descrita arriba, ya sea que esas lesiones o daños sean o no sean causadas por la negligencia (activa o pasiva) de la Arquidiócesis, la parroquia, la escuela o sus empleados o chaperones.

Si es necesario que mi hija/o reciba tratamiento médico durante su participación en esta actividad, por medio de la presente otorgo al personal responsable o chaperones permiso de utilizar su juicio para obtener servicio médico y doy permiso al médico seleccionado por el personal de la escuela o chaperones para que provea tratamiento médico estimado necesario y apropiado por el médico. Estoy de acuerdo absolver a la escuela y a los otros adultos participantes de cualquier responsabilidad en relación con esta petición.

Tengo entendido que los beneficios del seguro a través de la escuela o parroquia, si los hay, pueden tener una aplicación limitada, y que yo soy totalmente responsable por el costo de todo tratamiento médico proporcionado a mi hija/o. Estoy de acuerdo en indemnizar y eximir a la escuela del costo de cualquier tratamiento médico y gastos relacionados y costos incurridos.

Padre/Tutor

Fecha

Teléfono de casa

Teléfono de celular

Teléfono de empleo

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

Nombre: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Compañía de Seguros de Salud: _____ N° de Póliza: _____