



EMERGENCY CONTACTS

CONTACTOS DE EMERGENCIA

EMERGENCY CONTACTS: To use in case we are unable to contact you at the numbers listed above and also in case you are unable to pick up your child/children:

CONTACTOS DE EMERGENCIA: Para utilizar en caso de que no podamos ponernos en contacto con usted en los números indicados anteriormente y también en dado caso que usted no puedan recoger a su/s hijo/a:

- | | | | |
|----|------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| 1. | Name/
Nombre: _____ | Phone/
Telephono: _____ | Relationship/
Relación _____ |
| 2. | Name/
Nombre: _____ | Phone/
Telephono: _____ | Relationship/
Relación _____ |
| 3. | Name/
Nombre: _____ | Phone/
Telephono: _____ | Relationship/
Relación _____ |

PARENT MEDICAL AND LIABILITY RELEASE STATEMENT

DECLARACIÓN DE PADRES SOBRE ABSOLUCIÓN MÉDICA Y DE RESPONSABILIDAD

Family Doctor/Doctor de la familia: _____ Phone #/ Núm. Tel.: _____

Does your child have insurance or medical plan? / ¿Tiene su hijo seguro, o plan médico? Yes/ Sí No

Insurance Company/ Compañía de seguro: _____

Policy Number/ Numero de póliza: _____

If you have medical insurance, your carrier will be billed for medical charges in case of illness or injury while your child is at the activity.

I understand that in the event medical intervention is necessary, every attempt will be made to contact immediately the persons listed on this form. If I cannot be reached in an emergency during the activity times shown on this form, I give my permission to the physician or dentist selected by the activity leader to hospitalize, to secure medical treatment and/or order an injection, anesthesia, or surgery for my child as deemed necessary.

I understand all reasonable safety precautions will be taken at all times by **OUR LADY OF LOURDES CHURCH RELIGIOUS EDUCATION PROGRAM** and its agents during the events and activities. I understand the possibility of unforeseen hazards and know there is the inherent possibility or risk. I agree not to hold **OUR LADY OF LOURDES CHURCH RELIGIOUS FORMATION PROGRAM**, its leaders, employees and volunteers liable for damages, losses, diseases, or injuries incurred by the subject of this form.

Si usted tiene seguro o plan médico, a su proveedor se le cobrará por cargos médicos en caso de enfermedad o lesiones mientras su hijo permanece en la actividad.

Yo entiendo que en el evento en que la intervención médica sea necesaria, se hará todo lo posible por contactar de inmediato a las personas que aparecen en esta forma. En dado caso de que yo no pueda ser localizado/a en caso de una emergencia durante los tiempos de actividad en esta forma, yo doy mi permiso al médico o al dentista seleccionado por el líder de la actividad para hospitalizar, asegurar tratamiento médico, ordenar una inyección, anestesia o cirugía para mi hijo/a, según se considere necesario.

Yo entiendo que todas las precauciones de seguridad razonables serán tomadas en todo momento por **El Programa de Formación Religiosa de la Iglesia Nuestra Señora De Lourdes**, y sus agentes durante los eventos y actividades. Yo entiendo la posibilidad de riesgos imprevistos y sé que existe la posibilidad de riesgo inherente. **Estoy de acuerdo de no hacer responsables al Programa de Formación Religiosa de la Iglesia Nuestra Señora De Lourdes, sus líderes, empleados y voluntarios** por los daños, pérdidas, enfermedades o lesiones sufridas por el sujeto mencionado en esta forma.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE/

FIRMA DEL PADRE / TUTOR: _____

Date/

Fecha _____



EMERGENCY CONTACTS

CONTACTOS DE EMERGENCIA

IMAGE PERMISSION (please check only one)/ PERMISO DE IMAGEN (por favor marque solamente uno):

- By checking this box, I consent to the taking of photographs, moving images, video recordings, voice recording, use of online services such as ZOOM, Instagram Live, Groupme, etc. of said session and my child's participation in said session, and the publication and duplication or other use thereof. I hereby waive any right to compensation or any right I may have to limit or control such conduct or use.

A l marcar esta casilla, **autorizo** a la realización de fotografías, imágenes en movimiento, grabaciones de vídeo, grabación de voz, uso de servicios en línea como ZOOM, Instagram Live, Groupme, etc. de dicha sesión y de la participación de mi hijo/a en la misma, así como la publicación y duplicación u otro uso de los mismos. Por la presente, renuncio a cualquier derecho de compensación o a cualquier derecho que pudiera tener para limitar o controlar dicha realización o uso.

Initials of Adult filling out form/ Iniciales del adulto que llena el formulario _____

- By checking this box, **I DO NOT** authorize any photos, videotapes, and voice recordings of my child as well as his/ her usage of the online services mentioned above.

A l marcar esta casilla, **NO autorizo** la realización de fotos, vídeos y grabaciones de voz de mi hijo, así como su uso de los servicios en línea mencionados anteriormente.

Initials of Adult filling out form/ Iniciales del adulto que llena el formulario _____

SAFE TOUCH PROGRAM (please initial only one)/ PROGRAMA DE CONTACTO SEGURO (por favor, ponga sus iniciales sólo en uno):

The Diocese of San Bernardino requires all parishes to present a sexual abuse prevention program, the VIRTUS Touching Safety program to all children/youth/teens. We will present the Safe Touch Program the months of November & March. This program is provided to us by the Diocese of San Bernardino and is a part of our ongoing effort to help create and maintain a safe environment for children and to protect all children from sexual abuse. The Diocese expects 100% compliance.

La Diócesis de San Bernardino requiere que todas las parroquias presenten un programa de prevención de abuso sexual, el programa VIRTUS Touching Safety a todos los niños/jóvenes/adolescentes. Presentaremos el Programa de Toque Seguro en los meses de octubre y marzo.

Este programa es proporcionado a nosotros por la Diócesis de San Bernardino y es parte de nuestro programa de prevención de abuso sexual. Nos lo proporciona la Diócesis de San Bernardino y es parte de nuestro esfuerzo continuo para ayudar a crear y mantener un ambiente seguro para los niños y para proteger a todos los niños del abuso sexual. La Diócesis espera un cumplimiento del 100%.

Parents/guardians Initial

Iniciales del padre/tutor: **I give permission/ Doy permiso** _____ **I do not give permission/ No doy permiso** _____

OFFICE USE ONLY

Family ID: _____

NOTES:

Reviewed By: _____

Date: _____

input By: _____

Date: _____