

PARENT MEDICAL AND LIABILITY RELEASE STATEMENT CODE OF CONDUCT and PHOTO RELEASE

DIOCESE OF SAN BERNARDINO 1201 E. Highland Ave, San Bernardino, Ca 92404-4641 (909) 475-5167
CATHOLIC MUTUAL GROUP 2724 Waterman Ave Ste. J, San Bernardino, CA 92404-4641 (909) 886-6001
The Catholic Community of The Holy name of Jesus Parish 115 W. Olive Ave. Redlands Ca. 92373

Event: Hispanic Youth Retreat- *Impacto Divino*, August 8-10, 2014

Parents provide transportation all three days.

You must be a Youth under the age of 18.

Contact: Carlos Uribe, Outreach Youth Assistant
Phone: (909) 793-2469 ext. 34

Date & Time of Activity: Friday, August 8 6pm-9:30pm
 Saturday, August 9 7am-10pm
 Sunday, August 10 7am-4pm

Location: The Holy Name of Jesus, Olive Location- 115 West Olive Avenue, Redlands, 92373

Cost: \$0 Please turn this permission slip in by *July 25.*

(Please Print) Participant's Name: _____ (Please keep the top portion for your reference) Date of Birth _____/_____/_____

Participant's Email: _____ Participant's Cell #: _____

Parent's Name: _____ Phone #: _____ Cell or Work #: _____

Emergency Contact Name: _____ Phone #: _____

Family Physician: _____ Phone #: _____

Insurance Company: _____ Policy No: _____

Allergies/ Medical Problems/ Disabilities _____

Is the participant taking any over the counter or prescriptions drugs?

Please list and print Clearly _____ (Use another sheet if necessary)

Please list any Allergies to medication or foods _____

I also 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 dates 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: (Carrell Jamilano; (909) 798-4167 ext. 3) 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, (The Catholic Community of the Holy Name of Jesus), its leaders, employees and volunteers** liable for damages, losses, diseases, or injuries incurred by the subject of this form.

-I understand that by signing this form I/my child agree(s) to cooperate and participate fully, that I/my child will show respect for the property visited, respect for neighbor, that I/my child will show respect for the law and practice safety skills at all times. By failing to meet this code of conduct, I/my child am/are aware that appropriate action may be taken and arrangements may be made for immediate removal from the event.

I hereby authorize the making of photographs, motion pictures, videotapes, recording, or other memorializing of said event and my child's participation therein, and the publication and duplication or other use thereof. I hereby waive any rights to compensation or any right that I otherwise might have to limit if to control such making or use.

By checking this box, I **DO NOT** authorize any photos, videotapes or recordings of my child.

By checking this box, I **DO NOT** wish to be contacted about upcoming youth events.

Parent/ Guardian Signature Required
for minors under 18

_____ Date

Signature of Participant Required

_____ Date

EVENT INFORMATION
MEDICAL LIABILITY
CONDUCT
PHOTO
PERMISSION

CESION DE RESPONSABILIDAD Y FORMA PARA CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MEDICO, CODIGO DE CONDUCTA Y FORMA DE LIBERACION DE FOTOS

DIOCESIS DE SAN BERNARDINO 1201 E. Highland Ave, San Bernardino, CA 92404-4641 (909) 475-5167
CATHOLIC MUTUAL GROUP 2724 Waterman Ave Ste. J, San Bernardino, CA 92404-4641 (909) 886-6001
El Santo nombre de Jesús 115 W. Olive Ave. Redlands, CA 92373

Evento: Retiro Juvenil para Hispanos; Impacto Divino, 8-10 de Agosto, 2014

Los padres proporcionan el transporte durante los tres días

Usted debe ser un joven menor de 18 anos..

Contacto con: Carlos Uribe, Asistente de la Juventud

Telefono: (909) 793-2469 ext.34 bilingüe

Fecha y Hora de la actividad: Viernes, Agosto 8, 6 pm-9:30 pm
 Sábado, Agosto 9, 7 am-10 pm
 Domingo, Agosto 10, 7 am-4 pm

Ubicación: El Santo Nombre de Jesús, Olive-115 West Olive Avenue, Redlands, 92373

Costo: \$0 Favor de dar permiso para el 25 de Julio

(Por favor escriba claramente)

(Por favor, mantenga la parte superior para su referencia)

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Correo electrónico del Participante: _____ Telefono del Participante #: _____

Nombre del padre/ madre: _____ # de teléfono: _____ Celular o trabajo: _____

En caso de una emergencia favor de llamar a: _____ # de teléfono: _____

Doctor de la familia: _____ # de teléfono: _____

Compañía de seguro: _____ Numero de póliza: _____

Alergias/ problemas médicos/ incapacidad: _____

¿Su hijo está tomando algún medicamento con o sin receta médica? Escriba claramente

_____ (Si es necesario use otra hoja de papel).

Por favor indique si su hijo/a es alérgico a algún medicamento o comida: _____

(Si es necesario use otra hoja de papel).

-También entiendo que en el caso de que se requiera intervención medica, todo esfuerzo se hará para contactar a la persona que esta mencionada en esta forma. En el dado caso de que yo no pueda ser localizado/a en una emergencia durante las fechas del evento mencionadas en esta forma, yo le doy permiso al medico o dentista seleccionado por el líder del evento a hospitalizar, y asegurar tratamiento medico y/o inyección, anestesia, o cirugía que sea necesaria para mi hijo/a.

-Entiendo que todas las precauciones de seguridad estarán en efecto a todo momento por (Carrell Jamilano; (909) 798-4167 ext. 3) y sus agentes durante el evento y sus actividades. Entiendo la posibilidad de algún peligro imprevistos y se que hay una posibilidad de riesgo inherente. **Estoy de acuerdo a no hacer responsables a (La comunidad catolica del Santo Nombre De Jesus), a sus lideres, empleados y voluntarios** por daños causados, perdidas, enfermedades, o heridas incurridas por el sujeto mencionado en esta forma.

-Yo entiendo que al firmar esta forma mi hijo/a y yo aceptamos cooperar y participar enteramente, que mi hijo/a y yo seremos respetuosos hacia la propiedad que visitemos, respetuosos a los vecinos, también demostraremos respeto por las leyes y practicaremos hábitos de seguridad a toda hora. Al no cumplir con el código de conducta mi hijo/a y yo sabemos que la acción apropiada tomará lugar y todo se arreglará para que nos podamos ir inmediatamente del evento.

-Yo autorizo la elaboración de fotografías, películas cinematográficas, videos, grabación u otra clase de conmemoración del dicho evento y la participación de mi hijo/a allí dentro, y la publicación y duplicación o cualquier otro uso de lo mismo. Yo renuncio a mis derechos de compensación o a cualquier derecho del que yo pueda limitar o controlar la confección o uso.

Al marcar esta casilla, **No Autorizan** A Fotos, Videos o Grabaciones de mi hijo.

Al marcar esta casilla, **No Autorizan** que se pongan en contacto conmigo acerca de proximos eventos Juveniles.

 Firma del Padre/ Guardián es requerida para menores de 18 años

 Fecha

 Firma del Participante (Joven o Adulto)

 Fecha

Información de evento

Consentimiento de tratamiento

Código de Conducta

Fotografía

Permiso