

St. Michael's Roman Catholic Church

Combined Registration, Consent & Health Form

UNDER 18 MUST CONTINUE BELOW AND HAVE FORM SIGNED BY A PARENT/GUARDIAN

PROJECT IMPACT: MARCH 22nd – 24th, 2019

Name: _____
Sex: _____ Date of Birth: _____ Home Phone: _____
Address: _____
City, State & Zip: _____
Emergency Contact & Phone No.: _____

RELEASE AND HOLD HARMLESS – To be completed by parent or guardian of minor (youth under age 18)

As parent or guardian for _____, I hereby grant permission for him or her to participate in PROJECT IMPACT 2019. I understand that participation in this activity may involve some risks despite the best efforts of the parish adult leaders and volunteers to supervise the participants and I agree to pay for any damages my child may incur or cause. I agree to hold the parish & Camp Alvernia, and all of their employees or volunteers harmless from any and all liability however caused which may result from my child's participation in the event and/or traveling to and from the retreat. I give permission to have my child's photo taken during the event to be used for publicity purposed by St. Michael's Church.

I authorize St. Michael Church's adult leaders and volunteers involved in this trip to obtain any emergency medical treatment which my child might require in connection with this retreat.

HEALTH INFORMATION – to be completed for all youth.

Family Health Insurance Co.: _____ Policy No.: _____

Physician or Clinic: _____ Phone #: _____

Physician/Clinic Address: _____

Allergies: Please attach a statement noting all known allergies including how the child has been treated and with what medication. If medications are needed occasionally or regularly, please send them with your child in case of need.

SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN OF MINOR (YOUTH UNDER AGE 18)

I certify that the above information is correct and give permission for my son/daughter to participate in PROJECT IMPACT. I also grant permission for the release of my child's medical records to an attending physician in case of illness. I fully understand the consequences of the foregoing statements and sign this form knowingly, freely, and willingly. (Your signature must appear below or your child will not be permitted to participate in PROJECT IMPACT.)

Parent/Guardian's Name (Please Print) _____

Signature: _____ Date: _____

Return to the Rectory Office (352 42nd Street, Brooklyn, NY 11232) by **MARCH 13, 2019**.

St. Michael's Roman Catholic Church

Registro Combinado, Consentimiento y Formulario de Salud

MENORES DE 18 AÑOS DEBEN PRESENTAR ESTE FORMULARIO FIRMADO POR UN PADRE / TUTOR

PROYECTO IMPACTO: del 22 al 24 de marzo de 2019

Nombre: _____
Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono de la casa: _____
Dirección: _____
Código postal: _____
Contacto de emergencia y número de teléfono: _____

PERMISO: para ser completado por el padre o tutor del menor (joven menor de 18 años)

Como padre o tutor legal de _____, por la presente le otorgo permiso para que él o ella participe en el PROYECTO IMPACTO 2019. Entiendo que la participación en esta actividad puede implicar algunos riesgos a pesar del esfuerzo de los líderes adultos y voluntarios de la parroquia para supervisar a los participantes y yo estoy de acuerdo en pagar por cualquier daño que mi hijo pueda incurrir o causar. Estoy de acuerdo en mantener a la parroquia y Camp Alvernia, y a todos sus empleados o voluntarios libres de toda la responsabilidad que pueda surgir, lo que puede resultar de la participación de mi hijo en el evento y / o los viajes hacia y desde el retiro. Doy permiso para que la foto de mi hijo se tome durante el evento y se use para fines publicitarios propuestos por la Iglesia de San Miguel.

Autorizo a los líderes adultos y voluntarios de la iglesia de San Miguel que participan en este viaje a obtener cualquier tratamiento médico de emergencia que mi hijo pueda necesitar en relación con este retiro.

INFORMACIÓN DE SALUD - para completar para todos los jóvenes.

Seguro de Salud Familiar Co.: _____ Póliza N. : _____

Médico o clínica: _____ Teléfono: _____

Dirección del médico / clínica: _____

Alergias: adjunte una declaración que indique todas las alergias conocidas, incluida la forma en que el niño ha sido tratado y con qué medicamento. Si necesita medicamentos ocasionales o regularmente, envíelos con su hijo en caso de necesidad.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR DEL MENOR (JÓVENES MENORES DE 18 AÑOS)

Certifico que la información anterior es correcta y doy permiso para que mi hijo (a) participe en el PROYECTO IMPACTO. También otorgo permiso para la divulgación de los registros médicos de mi hijo a un médico tratante en caso de enfermedad. Entiendo completamente las consecuencias de las declaraciones anteriores y firmo este formulario a sabiendas, libre y voluntariamente. (Su firma debe aparecer debajo o su hijo no podrá participar en el IMPACTO DEL PROYECTO).

Nombre del padre / madre / tutor (en letra de molde) _____

Firma: _____ Fecha de firma: _____

Regrese a la Oficina de la Rectoría (352 42nd Street, Brooklyn, NY 11232) antes del **13 de marzo de 2019**.