

Diócesis de Metuchen Año de Despertar Espiritual  
Peregrinaje a Pie de Nueve Millas - 21 de septiembre de 2019  
**Formulario de Relevo del Padre/Tutor**

Nombre del menor \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Parroquia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Día / Fecha del evento: sábado, 21 de septiembre de 2019

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Correo electrónico de los padres \_\_\_\_\_

Teléfono celular de los padres \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (teléfono si es diferente al de arriba) \_\_\_\_\_

Grupo / chaperón que acompañará al menor: \_\_\_\_\_

Teléfono del chaperón \_\_\_\_\_

Por la presente solicito como padre o tutor legal de \_\_\_\_\_ que él / ella puede participar en dicho evento, el 21 de septiembre de 2019 y acepto que, teniendo en cuenta que nuestro hijo/a puede participar en dicho viaje, relevamos e indemnizamos a la Diócesis, Parroquia Immaculate Conception, Annandale, y sus agentes y empleados en contra de cualquier y toda reclamación por daños a nuestro niño/a relativos a dicho viaje, incluyendo los honorarios legales incurridos en la defensa de dichas reclamaciones. Estoy consciente de que la Diócesis de Metuchen confía en que cumplamos este acuerdo de buena fe para permitir que nuestro hijo/a pueda unirse a dicho evento. Entiendo este acuerdo y tengo derecho a consultar a un abogado de tener alguna pregunta. Entiendo todas las cosas en relación con la posible cancelación de dicho evento. También entiendo que, al firmar, autorizo al acompañante adulto a actuar "como padre" en todas las situaciones médicas que puedan surgir.

Entiendo que viajar y asistir voluntariamente a un evento de esta naturaleza puede implicar ciertos riesgos más allá del control razonable de la Diócesis, sus oficiales, directores, voluntarios y agentes en relación con este viaje y todas las parroquias / escuelas dentro de ella, y sus respectivos oficiales, directores, voluntarios y agentes, y acompañantes o representaciones asociadas con el viaje (en lo sucesivo, "Diócesis et al"). Dichos riesgos incluyen, entre otros, accidentes, emergencias, exposición a conductas imprudentes de otras personas y / o negligencia del personal de seguridad y médico. La Diócesis et al. por la presente no se hace responsable de cualquier riesgo o daño que puedan resultar al menor bajo mi responsabilidad durante su participación en dicho evento. Entiendo que mi hijo/a estará en varios sitios, como parques. Si durante una pausa en el viaje, puede haber una oportunidad para participar en actividades recreativas o de otro tipo, los participantes lo hacen bajo su propio riesgo y sujeto a todos los términos y condiciones establecidos por cualquier proveedor recreativo u otro.

**NOTA:** Esta es una traducción literal al español del documento original en inglés (anejo). Cualquier conflicto de interpretación de la versión en español que surja, la versión original en inglés es la que va a prevalecer.

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor (Marcar si es usted: \_\_\_la madre \_\_\_el padre \_\_\_el tutor)

Para ser leído y firmado por el menor:

Por la presente consiento en participar en la Peregrinación a Pie de Nueve Millas, el 21 de septiembre de 2019, y tengo pleno conocimiento de las reglas y regulaciones relacionadas con el evento. Acepto cumplir con todas las reglas y regulaciones y representar a \_\_\_\_\_ (nombre de la parroquia) de mis mejores términos.

Firma del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del acompañante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Declaración de salud:** Por la presente garantizo que, hasta donde tengo conocimiento, gozo de buena salud y puedo participar en la Peregrinación a Pie de Nueve Millas. (Por favor, envíe una declaración que indique las limitaciones que debemos tener en cuenta).

**Información del seguro:**

Compañía de seguros de salud familiar \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

Fecha del examen físico más reciente \_\_\_\_\_

Dirección del médico / clínica \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Inmunización:** Indique la fecha de la última inmunización contra el tétano \_\_\_\_\_

**Medicamentos:** Cualquier medicamento que se lleve al programa debe estar claramente etiquetado y en su envase original. Enumere cualquier medicamento con receta o medicamentos sin receta aprobados que esté tomando actualmente. Incluya el nombre del producto y las instrucciones del médico sobre la dosis y la frecuencia.

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Alergias:** Adjunte una declaración que indique todas las alergias conocidas. Incluya cómo ha sido tratado y con qué medicamento. Si se necesitan medicamentos de vez en cuando o regularmente, llévelos con usted.

**Operaciones o lesiones graves** (en los últimos 18 meses) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Emergencia médica:** En caso de una emergencia médica donde pueda resultar incapacitado, entiendo que se hará un esfuerzo razonable para contactar a mis contactos de emergencia. En caso de que no se pueda lograr contacto con ellos, por la presente autorizo al médico seleccionado por el personal diocesano o el líder adulto de la parroquia para que se hospitalice, obtenga el tratamiento adecuado y ordene la inyección, la anestesia o la cirugía. \_\_\_\_\_ (por favor inicial)

Código de conducta juvenil: Estoy de acuerdo en cumplir con todas las reglas y regulaciones que se detallan en el Código de Conducta para Jóvenes Participantes. Entiendo que, si hasta ahora no he visto el Código, es mi deber buscar una copia del Código y haberlo revisado antes de firmar esta exención. Estoy de acuerdo en que, si no cumplo de alguna manera con el Código, puedo ser despedido del viaje sin derecho a reembolso por cualquier monto relacionado con la Diócesis et al.

Entiendo completamente las consecuencias y firmo este Formulario de Relevo de Responsabilidad y de Salud a sabiendas, libre y voluntariamente.

Firma del participante juvenil \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_