

Catholic Community of Cuero Religious Education- Educación Religiosa en la Comunidad Católica de Cuero
St. Michael's and Our Lady of Guadalupe-Iglesias de San Miguel y Nuestra Señora de Guadalupe
Diocese of Victoria in Texas-Diócesis de Victoria en Texas
Permission and Medical Release Form 2016-2017-Formatos de Permiso y de Información Médica

Please complete one Permission and Medical Release form per child attending CCD. Por favor complete un Formato de Permiso y de Información Médica por cada niño que asiste a la catequesis.

Child's Name-Nombre del niño: _____ Age-Edad: _____

Grade for 2016-2017 - Grado escolar que cursa en 2016-2017: _____

Address-Dirección: _____

Parent/Legal Guardian's Name-Nombre del padre o tutor: _____

Please circle the appropriate type of phone number for each number.-Favor de encerrar en un círculo el tipo de teléfono en cada caso.

1st Phone Number-Número de teléfono #1: _____ (Home-Casa, Cell-Celular, Other-Otro)

2nd Phone Number-Número de teléfono #2: _____ (Home-Casa, Cell-Celular, Other-Otro)

3rd Phone Number-Número de teléfono #3: _____ (Home-Casa, Cell-Celular, Other-Otro)

I request and give consent for my child listed above to participate in all church sponsored activities from June 2016 through May 2017 sponsored by the Catholic Community of Cuero (St. Michael's and Our Lady of Guadalupe) and/or the Diocese of Victoria. I understand that my child will be under the supervision of diocesan and/or church personnel. As a parent or guardian, I agree to defend, indemnify, and hold harmless the Catholic Community of Cuero and the Diocese of Victoria, its clergy, officers, agents, employees, and volunteers from any claims, costs, or expenses for property damages arising out of my child's participation in the above mentioned activity or during the transportation to and from the event. I grant permission for non-prescriptive medication (e.g. Tylenol, throat lozenges, cough syrup, Pepto-Bismol, etc.) and routine nonsurgical medical care to be given to my child that is deemed advisable by the supervising church/diocesan personnel. In case of an emergency, I also grant permission to transport my child to the nearest hospital for emergency medical or surgical treatment and for an authorized adult sponsor to sign for treatment if I cannot be located. I hereby give permission for my child to be photographed or video-taped. I realize that the photo may be published in the newspaper or other publication. The photos/videos may be used for educational purposes or informational purposes regarding programs or curriculum.

Solicito y doy consentimiento para que mi niño, indicado arriba, participe en todas las actividades patrocinadas por la iglesia a partir de junio del 2016 hasta mayo del 2017, por la Comunidad Católica de Cuero (San Miguel y Nuestra Señora de Guadalupe) y /o por la Diócesis de Victoria. Yo entiendo que mi hijo estará bajo la supervisión de personal diocesano y /o de la iglesia. Como padre o tutor, estoy de acuerdo en defender, indemnizar y mantener indemne a la Comunidad Católica de Cuero y la Diócesis de Victoria, su clero, oficiales, agentes, empleados, y voluntarios de cualquier reclamo, costos o gastos por daños a la propiedad que surjan de la participación de mi hijo en la actividad mencionada anteriormente o durante el transporte hacia y desde el evento. Doy permiso para que se le dé a mi hijo medicamento que no requiere receta médica (por ejemplo, Tylenol, pastillas para la garganta, jarabe para la tos, Pepto-Bismol, etc.) así como atención médica no quirúrgica de rutina que se considere conveniente por el personal de la iglesia / diócesis. En caso de una emergencia, concedo permiso para transportar a mi hijo al hospital más cercano para recibir tratamiento médico o quirúrgico de emergencia y autorizo al adulto responsable para firmar por el tratamiento si no se me puede localizar. Por la presente autorizo que mi hijo sea fotografiado o grabado en video. Estoy consciente de que la foto puede ser publicada en el periódico u otra publicación. Las fotos / videos pueden ser utilizados con fines educativos o para fines informativos respecto a los programas o planes de estudio.

Date-Fecha: _____ Parent Signature-Firma del Padre: _____

Catholic Community of Cuero Religious Education- Educación Religiosa en la Comunidad Católica de Cuero

St. Michael's and Our Lady of Guadalupe-Iglesias de San Miguel y Nuestra Señora de Guadalupe

Diocese of Victoria in Texas-Diócesis de Victoria en Texas

Permission and Medical Release Form 2016-2017-Formatos de Permiso y de Información Médica

Family Physician-Médico Familiar: _____ Phone-Teléfono: _____

Preferred Hospital-Hospital de preferencia: _____

Allergies-Alergias: _____

Insurance Company-Compañía de Seguro: _____ Phone-Teléfono: _____

Policy #-Número de Póliza: _____ Plan #-Número de Plan: _____

Medications-Medicamentos: _____

Last Immunization/Booster for Diphtheria/Tetanus-Fecha de la última vacuna de Difteria y Tétanos: _____

Any Specific Medical Problems-Problemas médicos específicos: _____

Any Physical Limitations-Limitaciones físicas: _____

Emergency Contacts-Contactos de Emergencia:

Name-Nombre: _____ Relationship-Relación: _____ Phone-Teléfono: _____

Name-Nombre: _____ Relationship-Relación: _____ Phone-Teléfono: _____