

Formulario de Consentimiento de los Padres/Tutores / Renuncia de Responsabilidad Para la Diócesis de Norwich **Youth Explosión IX**

Nombre del Participante _____ Edad _____ Grado _____ Genero _____
 Correo Electrónico _____ Núm. De Celular _____
 Nombre de los padres / tutores legales _____
 Dirección/ciudad/estado/Zip _____
 Teléfono (casa) _____ (celular) _____

Youth Explosión, 4 de Noviembre, 2018
 Escuela de Saint Bernard, Uncasville
 Puertas abren a las 11:30
 El Evento es de 12:30 a 6:30:p.m.
 Favor de hacer el cheque a _____
 (Su parroquia o escuela cuando van en grupo).

Inscripción: \$20
Después del 18 de Oct.): \$25
Total aquí incluido _____

Adulto Encargado _____
 Regrese este formulario y pago a la persona encargada del grupo.

Si asisten jóvenes individuales, envíe el formulario y pago a:
 Attn: Liza Roach Office of Faith Events
 Para el 10/18/18 199 Broadway, Norwich 06360

Doy permiso a mi hijo (a) _____ para asistir y participar del **Youth Explosión IX**, en la escuela de Saint Bernard, Uncasville, CT el 04 de Noviembre del 2018. Esta actividad se llevará a cabo bajo la dirección de empleados y voluntarios de la Diócesis Católica Romana de NORWICH y _____ (nombre de la parroquia). Se espera que los jóvenes se queden hasta el final del evento. De irse temprano, van a necesitar un permiso firmado del padre/tutor legal. A pesar de que los jóvenes son responsables de su propia conducta, como padre o tutor legal, sigo siendo legalmente responsable de cualquier acción o daños materiales causados por _____ (el nombre del menor arriba mencionado). Estoy consciente de que me llamarán si mi hijo tiene que regresar a la casa. Certifico a mi nombre, de mi hijo/a aquí mencionado, nuestros herederos y sucesores a mantener y defender a la Diócesis Católica Romana de Norwich, su parroquia/ la escuela mencionada anteriormente, sus oficiales, directores, agentes, empleados, representantes asociados con este evento de toda reclamación y cualquier responsabilidad, pérdida o daño que surja con respecto de la participación de mi hijo(a) a este evento o en relación con una enfermedad, lesión o costo de tratamiento médico en conexión con el mismo. Estoy de acuerdo de compensar a las entidades arriba mencionadas con los honorarios y gastos de abogados que surjan en conexión. Yo, por lo presente, certifico que a mi mejor conocimiento, mi hijo/a está en buena salud y asumo toda la responsabilidad por su salud. En caso de emergencia y que yo no pueda llegar,

doy permiso a mi hijo/a para ser transportado a un hospital o centro médico para recibir atención médica. **Al firmar el formulario, yo entiendo que el brazalete de Youth Explosión** es un credencial no transferible, revocable y debe mostrarse claramente en todo momento. Le da autorización al portador(a) para entrar sólo a los sitios y eventos con relación a **Youth Explosión** / lugares y áreas apropiadas al evento. La presencia en áreas no autorizadas puede ser causa de suspensión o cancelación de privilegios de acceso. Mediante el uso de este brazalete, el portador voluntariamente asume todos los riesgos e incidentes peligrosos a los eventos y actividades para el cual este credencial ha sido emitido. Si ocurre antes, durante o después del mismo y está de acuerdo en que la Diócesis de Norwich, sus agentes, personal y los voluntarios no son responsable por lesiones o daños sufridos por el portador como resultado de dichas actividades. Es consentimiento para llevar cierta cantidad razonable de artículos personales por razones de seguridad, de ser considerados para el evento del **Youth Explosión**, el equipo o por encargados del personal de la ley. No cumplir con las condiciones anteriores puede resultar en la no admisión o confiscación al evento. Concedo a la Diócesis de Norwich mi consentimiento sin reservas a utilizar, asignar, transmitir, reproducir, publicar el nombre de mi hijo/a, voz o imagen que surge de su participación en el evento, audio o películas, cinta de audio o video, para la promoción, enseñanza, negocios o cualquier otro fin lícito, en la discreción de la Diócesis de Norwich. El pago no es reembolsable.

Contacto de emergencia: Nombre _____ Relación _____ Tele. _____
 Nombre de su doctor: _____ Tele _____
 Compañía de seguros _____ Empleador _____ # de Grupo _____
 Nombre del asegurado _____ # de grupo _____
 Alergias: (medicamentos, alimentos, etc.) _____ Medicamentos que está tomando actualmente que pueden afectar el tratamiento (nombre/dosis): _____. También Ud. debe ser conscientes de algunas condiciones especiales médicas, físicas o mentales de mi hijo (a): _____. Estoy de acuerdo que el **Youth Explosión** no será responsable de cualquier dieta especial que mi hijo/a necesita u otra condición como hemorragias nasales, heridas recientes, exposición a enfermedades contagiosas, etc.:

Padre / Tutor legal firma _____ Fecha _____
 Firma del Joven participante _____ Fecha _____