

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) 475-5300
CATHOLIC MUTUAL GROUP 1201 E. Highland Ave., San Bernardino, CA 92404-3972 (909) 886-6001
 _____ (Parish Name, Address, and Phone)

EVENT INFORMATION

Event _____
 Location: _____
 Phone: _____
 Date & Time of Activity: _____ Cost: _____

****Please check one:**
 Adult (18 and older)
 Youth (under 18)

(Please Print)

Participant's Name: _____ Date of Birth: _____

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/ 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: _____
 (Coordinators Name & Phone #) 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, _____ (Location Name & Parish Name), its leaders, employees and volunteers** liable for damages, losses, diseases, or injuries incurred by the subject of this form.

MEDICAL LIABILITY

CONDUCT

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.

PHOTO

I hereby authorize the making of photographs, motion pictures, videotapes, voice recording, internet distribution 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, voice recordings or internet distribution of my child.

PERMISSION

Parent/ Guardian Signature Required for minors under 18 _____ Date

Signature of Participant Required (Youth or Adult) _____ Date

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) 475-5300
CATHOLIC MUTUAL GROUP 1201 E. Highland Avenue, San Bernardino, CA 92404-3972 (909) 886-6001

(Nombre de su Parroquia, Dirección, y Número de teléfono)

Información de evento	<p>Evento: _____ (Nombre del evento) Por favor marque uno:</p> <p>Lugar: _____ <input type="checkbox"/> Adulto (mayor de 18 años) <input type="checkbox"/> Joven (menor de 18 años)</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Fecha y horario de la actividad: _____ Costo: _____</p> <p>(Por favor escriba en letra de molde)</p>
Consentimiento de tratamiento	<p>Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____</p> <p>Nombre del padre/ madre: _____ # de teléfono: _____ Celular o trabajo: _____</p> <p>En caso de una emergencia favor de llamar a: _____ # de teléfono: _____</p> <p>Doctor de la familia: _____ # de teléfono: _____</p> <p>Compañía de seguro: _____ Numero de póliza: _____</p> <p>Alergias/ problemas médicos/ incapacidad: _____</p> <p>¿Su hijo está tomando algún medicamento con o sin receta médica? Escriba claramente (Si es necesario use otra hoja de papel). _____</p> <p>Por favor indique si su hijo/a es alérgico a algún medicamento o comida: (Si es necesario use otra hoja de papel). _____</p>
Código de Conducta	<p>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.</p> <p>Entiendo que todas las precauciones de seguridad estarán en efecto a todo momento por _____ (Nombre del coordinado, Nombre de localidad, y nombre de parroquia y # de teléfono) 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 _____ (Nombre de localidad, y nombre de parroquia), a sus lideres, empleados y voluntarios por daños causados, perdidas, enfermedades, o heridas incurridas por el sujeto mencionado en esta forma.</p>
Fotografía	<p>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.</p>
Permiso	<p>Yo autorizo la elaboración de fotografías, películas cinematográficas, videos, grabación de voz, distribución de internet 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.</p> <p><input type="checkbox"/> Yo NO autorizo que se le tomen fotos, videos o cualquier clase de grabación de voz o distribución de internet de mi hijo/a.</p>
	<p>_____ Firma del Padre/ Guardián es requerida para menores de 18 años _____ Fecha</p> <p>_____ Firma del Participante (Joven o Adulto) _____ Fecha</p>