

**PARENT CONSENT FORM
PARENTAL/GUARDIAN CONSENT FORM AND LIABILITY WAIVER**

PARTICIPANT'S NAME: _____

BIRTH DATE: _____ SEX: _____

PARENT/GUARDIAN'S NAME: _____

HOME ADDRESS: _____

HOME PHONE: () _____ BUSINESS PHONE: () _____

I, (name of parent or guardian) _____, grant permission for my child (name of child) _____ to participate in this parish activity that requires transportation to a location away from the parish site. This activity will take place under the guidance and direction of parish employees from (name of parish) **St. Jude's Shrine**.

A brief description of the activity follows:

Type of event or activity: **Confirmation Retreat**.

Destination of event or activity: **Whispering Winds – 17606 Harrison Park Road - Julian, CA 92036**.

Individual in charge or and responsible: **Rosa Murguia, DRE**.

Estimated time of departure and return: **From Friday, 05/29/09 4:00 p.m. to Sunday 05/31/09 4:00 p.m.**

Mode of transportation to and from event: **Charter Bus**.

As parent, and/or legal guardian, I remain legally responsible for any personal actions taken by the above named young person ("participant").

I agree on behalf of myself, my child's other parent if known or living (name of parent) _____, my child named herein, or our heirs, successors, and assigns, to hold harmless and defend (name of parish) **St. Jude's Shrine**, its officers, directors and agents, and the Diocese of San Diego, chaperons, or representatives associated with the event with respect to any and all actions, claims or demands that may be made or brought against the parish, its officers, directors and agents, and the Diocese of San Diego, chaperons, or representatives associated with the event, arising from or in connection with my child's attending the event or in connection with any illness or injury or cost of medical treatment in connection therewith, and I agree to compensate the parish, its officers, directors and agents, and the Diocese of San Diego, chaperons, or representative associated with the event for reasonable attorney's fees and expenses arising in connection therewith.

Signature _____ Date _____

MEDICAL MATTERS: I hereby warrant that to the best of my knowledge, my child is in good health, and I assume all responsibility for the health of my child. Of the following statements pertaining to medical matters, sign only those in accordance with your wishes:

(continued on next page)

Emergency Medical Treatment: In the event of an emergency, I hereby give permission to transport my child to a hospital for emergency medical or surgical treatment. I wish to be advised prior to any further treatment by the hospital or doctor. In the event of an emergency, if you are unable to reach me at the above numbers, contact:

NAME & RELATIONSHIP: _____ PHONE: () _____

FAMILY DOCTOR: _____ PHONE: () _____

FAMILY HEALTH PLAN CARRIER: _____

POLICY NUMBER: _____

Other Medical Treatment: In the event it comes to the attention of the parish, its officers, directors and agents, and the Diocese of San Diego, chaperons, or representatives associated with the activity that my child becomes ill with symptoms such as headache, vomiting, sore throat, fever, diarrhea, I want to be called collect (with phone charges reversed to myself).

1) Signature _____ Date _____

Medications: My child is taking medication at present. My child will bring all such medications necessary, and such medications will be well labeled. Names of medications and concise directions for seeing that the child takes such medications, including dosage and frequency of dosage are as follows: _____

2) Signature _____ Date _____

No medication of any type whether prescription or nonprescription may be administered to my child unless the situation is life-threatening and emergency treatment is required.

3) Signature _____ Date _____

I hereby grant permission for nonprescription medication (such as aspirin, throat lozenges, cough syrup) to be given to my child if deemed advisable

4) Signature _____ Date _____

Special Medical Information: The parish will take reasonable care to see that the following information will be held in confidence.

5) Signature _____ Date _____

Allergic reactions (medications, foods, plants, insects, etc.) _____

Immunizations: Date of last tetanus/diphtheria immunization _____

Does child have a medically prescribed diet? _____

Any physical limitations? _____

Is child subject to chronic homesickness, emotional reactions to new situations, sleepwalking, bedwetting, fainting? _____

Has child recently been exposed to contagious disease or conditions, such as mumps, measles, chickenpox, etc.? If so, date and disease or condition. _____

You should be aware of these special medical conditions of my child. _____

**FORMA DE CONSENTIMIENTO
PATERNAL/CUSTODIO Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD**

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____

NOMBRE DEL PADRE/CUSTODIO: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO DE CASA: (____) _____ TELÉFONO DE EMPLEO: (____) _____

Yo, (nombre del padre o custodio) _____, concedo permiso a mi niño(a) (nombre del niño(a)) _____ para que participe en esta actividad de la parroquia, que requiere transportarse a un lugar fuera del sitio de la parroquia. Esta actividad tendrá lugar bajo la guía y dirección del personal de la parroquia de (nombre de la parroquia) **St. Jude's Shrine.**

Descripción breve de la actividad:

Tipo de evento o actividad: **Retiro de Confirmación**

Lugar del evento o actividad: **Whispering Winds – 17606 Harrison Park Road - Julian, CA 92036.**

Persona a cargo y/o responsable: **Rosa Murguía, DRE.**

Tiempo estimado de salida y regreso: **Del viernes, 05/01/09 4:00 p.m. al domingo 05/03/09 4:00 p.m.**

Medio de transporte para y del evento: **Autobuses rentados.**

Como padre, y/o custodio legal, permanezco responsable legalmente de cualquier acción personal tomada por el/la joven (“participante”).

Estoy de acuerdo, en mi propio nombre, el nombre del otro padre de mi niño(a) si se conoce o vive (nombre del padre) _____, mi hijo(a) nombrado aquí, o nuestros herederos, sucesores y apoderados, a mantener sin daño y defender a (nombre de la parroquia) **St. Jude's Shrine**, sus funcionarios, directores y agentes, y a la Diócesis de San Diego, acompañantes, o representantes relacionados con el evento, con respecto a cualquiera, o todas las acciones, reclamaciones o demandas que pudieran hacerse contra la parroquia, sus empleados, directores y agentes, y la Diócesis de San Diego, acompañantes o representantes, relacionadas con el evento, levantadas por o en conexión con la asistencia de mi niño(a) al evento, o en conexión con cualquier enfermedad, o perjuicio, o costo de atención médica, en relación con ello, y estoy de acuerdo en compensar a la parroquia, sus empleados, directores y agentes, y a la Diócesis de San Diego, acompañantes o representantes relacionados con el evento, por los honorarios razonables de abogado y gastos efectuados en relación con ello.

Firma _____ Fecha _____

ASUNTOS MEDICOS: Por el presente, garantiza que a mi leal saber, mi niño(a) está en buena salud, y asumo toda responsabilidad por la salud de mi niño(a). De la siguiente declaración concerniente a asuntos médicos, firmo solamente aquellos de acuerdo con sus deseos:

(Continúa en la siguiente página)

Tratamiento Médico de Emergencia: En el evento de una emergencia, por el presente doy permiso de transportar a mi niño(a) a un hospital, para tratamiento medico de emergencia o cirugía. Deseo estar previamente advertido de cualquier tratamiento adicional por el hospital o doctor. En el caso de una emergencia, si ustedes no pudieran encontrarme en los números de arriba, ponerse en contacto con:

NOMBRE Y PARENTEZCO: _____ TELEFONO: () _____

MEDICO FAMILIAR: _____ TELFONO: () _____

SEGURO DE SALUD FAMILIAR: _____

NUMERO DE POLIZA: _____

Otro Tratamiento Medico: En el caso de que ello proceda por la atención de la parroquia, sus empleados, directores y agentes, y la Diócesis de San Diego, acompañantes o representantes relacionados con la actividad, que mi niño(a) se enferme con síntomas tales como dolor de cabeza, vómito, dolor de garganta, fiebre, diarrea, deseo que me llamen por cobrar (con gastos telefónicos revertidos a mí).

1) Firma _____ Fecha _____

Medicamentos: Al presente, mi niño(a) está tomando medicinas. Mi niño(a) llevará las medicinas necesarias, y tales medicinas están bien etiquetadas. Los nombres de las medicinas, e instrucciones concisas, para ver que el niño(a) tome las medicinas como se indican, incluyendo dosis, y frecuencia de la dosis como sigue: _____

2) Firma _____ Fecha _____

Ninguna medicina de cualquier tipo, aun cuando sea prescrita o no prescrita puede ser administrada a mi niño(a) a menos que la situación sea una amenaza a la vida y se requiera tratamiento de emergencia.

3) Firma _____ Fecha _____

Yo, por el presente otorgo permiso para medicación no prescrita (como aspirina, pastillas para la garganta, jarabe para la tos) dada a mi niño(a) si se considera aconsejable.

4) Firma _____ Fecha _____

Información Médica Especial: La parroquia tendrá cuidado razonable para ver que la siguiente información sea tenida como confidencial.

5) Firma _____ Fecha _____

Reacciones alérgicas (medicinas, alimentos, plantas, insectos, etc.) _____

Inmunizaciones: Fecha de la última vacunación tétanos/difteria _____

¿Tiene el niño(a) una dieta prescrita por el médico? _____

¿Algunas limitaciones físicas? _____

¿Está el niño(a) sujeto a nostalgia crónica, reacciones emocionales a nuevas situaciones, sonambulismo, moja la cama, desmayos? _____

¿El niño(a) ha sido recientemente expuesto a enfermedad contagiosa o condiciones como paperas, sarampión, varicela, etc.? Si afirmativo, fecha, enfermedad o condición: _____

Ustedes deberían estar enterados de estas condiciones médicas especiales de mi niño(a): _____
