



DIOCESIS DE ORANGE

PERMISO DE MENORES Y EXTENSION DE RESPONSABILIDAD

ACTIVIDAD: _____

FECHA Y LUGAR: _____

ESCUELA/PARROQUIA: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE/PARTICIPANTE/MENOR: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESCOGER UNO: ____ MUJER ____ HOMBRE

NÚMERO DE CELULAR DE MENOR/ESTUDIANTE: _____

NOMBRE(S) DE PADRE(S)/GUADRIANE(S): _____

DOMICLIO/DIRECCION: _____

NÚMERO DE CELULAR DE LA MADRE: _____ NÚMERO DE CELULAR DEL PADRE: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____ TELEFONO: _____ RELACION: _____

MEDICAMENTO Durante la actividad mencionada arriba, mi hijo/hija tiene permiso a tomar lo siguiente:

Escoger por lo menos uno:

- ☐ Mi hijo/hija estará tomando medicamentos de receta.
Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Veces al día: _____
- ☐ Mi hijo/hija estará tomando medicamentos sin receta.
Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Veces al día: _____
- ☐ Mi hijo/hija no llevará consigo ningún medicamento, pero autorizo, si es necesario, a los líderes de la escuela/parroquia/diócesis darle a mi hijo/hija medicamento sin receta

Notas: Alergias/Problemas Médicos/Dietas Especiales: _____

Yo, _____ doy permiso a mi hijo/hija, _____
Nombre del Padre o Guardián/Tutor Nombre del Hijo / Hija

a participar en el evento escolar/parroquial/diocesano. Esta actividad será guiada bajo la dirección de empleados o voluntarios de dicha escuela/parroquia/diócesis _____

Nombre de Escuela/Parroquia

Como padre/guardián o tutor legal, yo continuo siendo responsable legalmente por las acciones tomadas por el participante/menor nombrado arriba.

Acuerdo de parte mía, y de mi hijo/hija, herederos o herederas, sucesores o sucesoras y asignados en defender y encontrar sin falta a _____, sus oficiales, directores, empleados y agentes, así como al Diócesis

Nombre de Escuela/Parroquia

de Orange, sus empleados y agentes, chaperones, funcionarios o representativos asociados con el evento, de cualquier reclamo en conexión con mi hijo/hija asistiendo al evento o en conexión a cualquier enfermedad y lesión que él/ella pudiera sufrir (incluyendo la muerte) o el costo de cualquier tratamiento y acuerdo o recompensar la parroquia/escuela, sus oficiales y funcionarios, directores y agentes y la Diócesis de Orange, sus empleados y agentes, chaperones o representantes asociados con el evento por gastos y costos razonables de abogados que pueden incurrir durante cualquier acción en contra como resultado de lesión o daño, aun cuando los daños ocasionados hayan sido producidos por negligencia, activa o pasiva, de cualquiera de las escuelas/parroquias o la misma Diócesis de Orange.

Yo autorizo a que se tomen fotografías, reportajes gráficos, películas o grabaciones de la actividad en las que figure mi hijo(a), así como la publicación o reproducción de las mismas. Renuncio, por tanto a cualquier compensación o a cualquier derecho que pudiera tener de limitar y controlar la realización o el uso de tales registros.

Yo autorizo a que médicos, enfermeras, dentistas o personal sanitario seleccionado por el personal a cargo de la actividad, presten la atención médica, dental o cualquier otro tratamiento apropiado que estimen sea necesario.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____