



# DIOCESIS DE ORANGE

## PERMISO DE MENORES Y EXENSION 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: \_\_\_\_\_ TELFONO: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_