

STUDENT AND YOUTH ACTIVITY PERMISSION FORM

School/Parish/Other Archdiocesan Sponsoring Entity ("Location"): Mission Basilica San Buenaventura

Place and Date of Event/Trip: Camp Gilmore (Calabasas, CA). October 2-4, 2026

Activity: Field Trip ☐ Retreat ☒ Other (specify) _____ Purpose: _____

Description of Activity: Year 2 Confirmation OVERNIGHT Retreat See Attached: _____

Mode of Transportation: Bus Total Field Trip Cost \$ _____

Teacher/Adult Leader: Elwin Arroyo Attire: Casual

Minor's Name: _____

Address: _____

Date of Birth: _____ Male ☐ Female ☐ Grade _____

I request that my child be permitted to participate in the above activity. I am not aware of any physical or medical condition my child has that would prevent my child from participating fully in this activity.

My son/daughter has the following medical needs, allergies or dietary restrictions _____

If my child needs to take medication while participating in this activity, I hereby give my child permission to self-administer his/her medication in accordance with the *Medication Authorization and Permission Form*, and, if my child cannot self-administer, I give permission to the responsible staff members or chaperones to administer or to assist in the administration of my child's medication. I also give permission to the responsible staff members, chaperones, medical practitioners and medical facilities to use their judgement in obtaining and providing medical treatment for my child should it become necessary to do so. I understand that health insurance benefits through the Location, if any, may have limited application, and that I am entirely responsible for the cost of all medical treatment provided to my child. I agree to reimburse the Location for the cost of any medical treatment and related expense incurred.

Release of Liability: As a condition of participating in this activity, I hereby hold harmless, release and discharge The Roman Catholic Archbishop of Los Angeles, a corporation sole, Archdiocese of Los Angeles Education & Welfare Corporation and the Location, their respective agents and employees and any parent/volunteer/chaperone, from any and all liability, loss or claims for personal injuries, wrongful death or property damage that I or my child may suffer as a result of participation in the activity described above.

Parent/Guardian Date

Home Phone Cell Phone Work Phone

Person to Notify in case of Emergency if Parent or Guardian is unavailable:

Name: _____ Phone: _____

Health Insurance Company: _____ Policy No.: _____

To be filled in by Location

To be filled in by parent/guardian



FORMULARIO DE AUTORIZACION DE ACTIVIDAD ESTUDIANTIL Y JUVENIL

Mission Basilica San Buenaventura

Escuela/Parroquia/Otras entidades arquidiocesanas patrocinadoras ("Lugar"): _____

Sitio y fecha del evento/viaje: **Camp Gilmore (Calabasas, CA). Octubre 2-4, 2026**

Actividad: Salida de campo ____ Retiro **X** Otra (Especifique) _____ Propósito: _____

Descripción de la actividad: Retiro de Confirmación de 2do Año (con pernocta) Ver Adjunto: _____

Modo de transporte: **Autobús** Costo total del viaje: \$ _____

Maestro/chaperón: **Elwin Arroyo** Atuendo: **Casual**

Nombre del menor: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ Masculino ☐ Femenino ☐ Grado ☐

Yo autorizo que mi hijo/hija participe en la actividad descrita anteriormente. Soy consciente de que el/ella no sufre de ninguna condición médica que le impida que participe plenamente en esta actividad.

Mi hijo/hija tiene las siguientes necesidades médicas, alergias o restricciones dietéticas _____

Si mi hijo/hija necesita tomar algún medicamento mientras participa en esta actividad, yo autorizo a mi hijo/hija para que se autoadministre su medicamento de acuerdo con el *Formulario de Autorización y Permiso de Medicamentos*, y si mi hijo/hija no puede autoadministrarse, yo autorizo a los miembros del personal o chaperones responsables, de administrar o ayudar con los medicamentos de mi hijo/hija. También autorizo a los miembros del personal responsable, chaperones, médicos e instalaciones médicas para que utilicen su criterio para obtener y brindar tratamiento médico a mi hijo/hija si este fuera necesario. Entiendo que los beneficios del seguro de salud a través del lugar, si los hay, pueden estar limitados, y entiendo que soy totalmente responsable del costo de todo tratamiento médico proporcionado a mi hijo/hija. Yo acepto reembolsar al lugar el costo de cualquier tratamiento médico y los gastos incurridos.

Liberación de responsabilidad: como una condición para participar en esta actividad, por medio de la presente libero y exonero a "The Roman Catholic Archbishop of Los Angeles", una corporación única, a la Corporación de Educación y Bienestar de la Arquidiócesis de Los Ángeles, y al lugar y sus respectivos agentes, empleados y/o a cualquier padre/voluntario/acompañante, de toda responsabilidad, pérdidas o reclamos por lesiones personales, muerte injusta o daños a la propiedad que yo o mi hijo/hija puedan sufrir como resultado de la participación en la actividad descrita anteriormente.

Padre/Madre/Guardián

Fecha

Teléfono

Celular

Oficina

En caso de emergencia si el padre/madre/guardián no están disponibles, favor notificar a:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Compañía de seguro médico: _____ Póliza No.: _____

Para ser completado por el "Lugar"

Para ser completado por el padre/madre/guardián

