

# de Miembro: \_\_\_\_\_

**San Justino Mártir**

**Permiso y Formulario de Autorización para un menor**

Esta autorización es válida por cualquier y todos los eventos realizados en la parroquia de San Justino Mártir solamente, desde la fecha de hoy hasta el 31 de Mayo de 2019. Por favor tenga en cuenta: Se requiere una forma aparte para todos los eventos que no se realicen en la parroquia de San Justino Mártir.

Yo, \_\_\_\_\_ padre/madre (guardián) doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en las actividades mencionadas anteriormente. Estoy dispuesto a dirigir a mi hijo/a, a participar y cumplir con las instrucciones y actividades de la parroquia, escuela, o personal Diocesano responsable de las actividades. \_\_\_\_\_(iniciales)

Estoy de acuerdo en que, en el caso de que mi hijo se lesione como resultado de su participación en las actividades antes nombradas, incluyendo en transportación desde y hacia estas actividades, sean o no causados por la negligencia, activo o pasivo de la parroquia, la escuela, o cualquiera de sus agentes o empleados, el recurso para el pago de cualquier hospital resultante, tratamiento médico, dental o costos y gastos relacionados serán primero contra cualquier accidente, hospital, seguro médico o dental, o cualquier plan de beneficios disponibles mío o mi cónyuge . No tengo conocimiento de alguna condición médica de mi hijo que haría inapropiado que él / ella participe en cualquier actividad.  
\_\_\_\_\_(iniciales)

Yo, por la presente autorizo a la toma de fotografías, películas, cintas de vídeo, grabaciones u otros memorialista de dicho evento y la participación de mi hijo en el mismo, y la publicación y la duplicación o cualquier otro uso de los mismos que, por la presente renuncia a ningún derecho a una indemnización de cualquier derecho que de lo contrario podría haber limitar o controlar la producción o la utilización.  
\_\_\_\_\_(iniciales)

Yo, por la presente doy permiso al médico, enfermera, dentista o personal de atención de licencia seleccionada por el personal de supervisión entonces presentes a prestar tratamiento médico, dental u otro apropiado considere necesario y apropiado por el médico, enfermera, dentista o personal de atención con licencia. \_\_\_\_\_(iniciales)

Firma del padre/o tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**PARTICIPACION DEL PADRE**

Es importante que cada padre participe en nuestro proceso de este programa para asegurar la formación exitosa de la fe para sus hijos. Por favor especifiqué en un área en la que puedan servir. Se le dará una dirección clara y el apoyo! Para obtener más información, por favor de llamar a la Oficina de Formación de Fe.

- \_\_\_\_\_ Profesor / Catequista
- \_\_\_\_\_ Asistente de Profesor/Catequista
- \_\_\_\_\_ Ayuda en la oficina durante la semana o Domingos
- \_\_\_\_\_ Hospitalidad (en juntas de padres)
- \_\_\_\_\_ Ayudar en los retiros
- \_\_\_\_\_ Apoyo en las actividades (supervisión, transportación, etc.)