



GOOD SHEPHERD CATHOLIC CHURCH

LOVING AS CHRIST LOVES, SERVING AS CHRIST SERVES
AMANDO COMO CRISTO AMA, SIRVIENDO COMO CRISTO SIRVE

Return on the 1st day of class
Retornar en el 1º. Día de clases

Good Shepherd Religious Education Emergency Medical Release Form, 2011-2012 *(Formulario de Consentimiento de Emergencia para la Educación Religiosa de el Buen Pastor)*

Family Name: _____ Home Phone: _____
(Nombre de Familia) (Teléfono de la casa)

Full Address: _____
(Dirección)

Children's Names: _____
(Nombre del Niño)

Mother's Name: _____ Work Phone: _____ Cell Phone: _____
(Nombre de la Madre) (Teléfono de trabajo) (Celular)

Father's Name: _____ Work Phone: _____ Cell Phone: _____
(Nombre del Padre) (Teléfono de Trabajo) (Celular)

The following people may be called if a parent can not be reached:
(Personas que podamos llamar en caso de no poder contactar a los padres)

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____
(Nombre) (Telefono) (Relacion)

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____
(Nombre) (Telefono) (Relacion)

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____
(Nombre) (Telefono) (Relacion)

Family Doctor: _____ Phone: _____
(Doctor Familiar) (Telefono)

Are there any medical conditions that should be noted (i.e., allergies, asthmas, diabetes, etc)? Yes / No
(Hay alguna condición medica que deberíamos de saber (alergias, astmas, diabetes, etc.)? Si / No

If “yes”, please give child’s name and condition description.
(Si lo hay, por favor proveer nombre del niño y una descripción de su condición.)

Are there any medications taken on a regular basis? Yes / No
(Hay algún medicamento que toma regularmente?) Si / No

If “yes”, list child, Medication and amount and dosage.
(Si lo hay, por favor nombrar el niño, medicina y dosis)

Insurance Co: _____ Policy Nbr: _____ Group Nbr: _____
(Compañía de Seguro) (Numero de Poliza) (de Grupo)

I give permission for my child(ren) to receive emergency medical care for injuries that should occur while participating in programs at Good Shepherd Parish.
(Doy permiso para que mi niño reciba cuidado medico de emergencia por accidentes que puedan ocurrir mientras participa en los Programas de El Buen Pastor.)

Parent Signature: _____ Date: _____
(Firma del Padre/Madre) (Fecha)