

Detalles del “Lock-In” de escuela superior

Fecha: sab-dom, 8-9 de octubre **Comienza:** sábado 9:30 pm **Termina:** domingo 7:00 am
Costo: \$10 y un snack (no bebidas) **Lugar:** El Buen Pastor **Reservación:** miércoles, 5 de oct.

Padres: Siempre necesitamos ayuda al principio, preparando el desayuno, hacer bocadillos, etc.
Comuníquese con Miguel si está interesado y puede ayudar de cualquier manera.
~POR FAVOR NO LLEGUE ANTES DE LAS 9:30 PM~

Traigan: “Sleeping bag”, almohada, materiales de higiene personal, ropa para dormir, juegos, películas

Separe la hoja aquí y mantenga esta porción para su información.

Separe la hoja aquí y entregue esta porción con el pago antes del miércoles 5 de octubre.

Permiso del “Lock-In” de escuela superior

Como padre/madre/guardián de _____, yo autoriza mi hijo/hija a participar del “Lock-In” de escuela superior el sábado del 8 de octubre al domingo 9 de octubre.

Comprendo y reconozco que el participar en esta actividad puede envolver riesgo de lesión a mi hijo/hija, incluyendo riesgos asociados con la transportación en vehículo de motor. Estoy de acuerdo en indemnificar a la parroquia, al Ministerio Juvenil, los voluntarios, y a la Diócesis de Arlington por cualquier costo o gasto que surja por la participación de mi hijo/hija en esta actividad, incluyendo el costo de cualquier atención médica dada a mi hijo/hija o por gastos que resultaran de cualquier demanda como resultado de cualquier daño o herida que sufra mi hijo/hija en el transcurso de su participación.

También doy permiso de que en mi ausencia el menor mencionado arriba sea admitido a cualquier hospital o facilidad médica para diagnóstico y/o tratamiento. Solicito y autorizo a médicos, dentistas, y empleados, propiamente licenciados tales como Doctores en Medicina o Doctores Dentistas o cualquier técnico licenciado o enfermera, a hacer procedimientos de diagnóstico, procedimientos de tratamiento, procedimientos operativos y tratamiento de rayos-x al menor indicado. Nadie me ha garantizado el resultado de la examinación o tratamiento. Autoriza al hospital o facilidad médica a disponer de especímenes o tejido removido del menor mencionado.

Fecha de Nacimiento _____ Fecha de la más reciente inyección contra el tétano (si sabe) _____

Alergias o condiciones/preocupaciones médicas (Continúe atrás si necesita más espacio) _____

Nombre del padre, madre o guardián _____

Dirección _____ Ciudad/Estado/Zip _____

Teléfonos: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Persona a notificar si el padre, madre o guardián no están accesibles _____

Teléfonos: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Compañía de seguro y número de póliza _____ Teléfono de su médico de familia _____

Firma del padre, madre o guardián _____ Fecha _____