

Detalles del High School Rally

Fecha: domingo 16 de octubre **Salida de la iglesia:** 11:00 am **Regreso:** 9:00 pm
Costo: \$15 por persona **Lugar:** Bishop O'Connell HS **Responder antes del:** domingo 9 de octubre

Otros Detalles: Incluye cena y misa de domingo, pero deben llegar habiendo desayunado.

Cortar hoja aquí y mantener la porción superior para su información.

Cortar hoja aquí y devolver la porción inferior con su pago antes de la fecha límite, el domingo 9 de octubre..

Hoja de permiso para el High School Rally

Talla de camiseta: (estas son tallas de adultos) S M L XL XXL.

Como padre/madre/guardián de _____, yo autoriza mi hijo/hija a ir a la escuela superior de Bishop O'Connell el domingo 16 de octubre para el "Rally" anual de la Diócesis de Arlington.

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