



DIOCESIS DE SAN BERNARDINO
Parroquia St. Elizabeth of Hungary
Oficina de Educación Religiosa
CATHOLIC MUTUAL

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN ANUAL 2024-2025

Yo, _____, (Nombre de los padres)

Pido que a mi hijo/hija: _____ Fecha de Nacimiento _____

se le permita participar en el Programa de **Formación de Fe 2024-2025**, que se llevara a cabo en la Parroquia St. Elizabeth of Hungary del **23 de septiembre del 2024 al 30 de mayo del 2025.**

En consideración de hecho los arreglos para esta actividad, yo, libero a la parroquia, sus empleados, oficiales o agentes, de cualquier responsabilidad, demanda o reclamo que tiene que ver con respecto a esta actividad.

EN CASO DE UNA LESION O EMERGENCIA, AUTORIZO QUE PRIMEROS AUXILIOS O ATENCION MEDICA SEA ADMISTRADA POR UNA PERSONA CALIFICADA PARA PROVEER ESTE TIPO DE SERVICIO, EN CUANTO EL COORDINADOR ADULTO, EL PERSONAL O EL ACOMPAÑANTE LO VEA NECESARIO. SOY CONSCIENTE DE QUE LOS BENEFICIOS MEDICOS TIENEN LIMITE, **POR LO TANTO, SOSTENGO EL NOMBRE DE NUESTRO SEGURO MEDICO Y NUESTRO NUMERO DE POLIZA.** *

****He adjuntado una copia de mi tarjeta de seguro médico.***

Favor de anotar cualquier alergia o condición especial (*aprendizaje, comportamiento, medicamento*)

Firma

Fecha

Personas de contacto en caso de emergencia

Nombre 1: _____ Parentesco: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____

Nombre 2: _____ Parentesco : _____

Teléfono de Casa: _____ Celular : _____