



SAINT VINCENT DE PAUL CATHOLIC CHURCH

ESPAÑOL EN LA PARTE DE ATRÁS

8345 Talbert Avenue Huntington Beach, California 92646-1599 (714) 842-3000 Fax (714) 842-6780
YOUTH MINISTRY & DIOCESE OF ORANGE STUDENT PERMISSION & RELEASE FORM

Event/Program: Fall Retreat – Required for First Year Confirmation Students
Location: Forest Home Christian Conference Center
Date(s): Friday, November 9th – Sunday, November 11th, 2018
Time(s): 3:30pm Friday – 6:15pm (after Mass) Sunday
Cost: \$165

Please Circle a T-shirt Size (adult sizes) S M L XL XXL

\*\*Cost included in Confirmation Candidate registration fees. Limited financial assistance available as needed.\*\*

(Please Print)

Participants Name: Birth Date: / /

Parent's Name: Home Phone: Cell phone:

Address:

City/ State/ Zip:

Family Physician: Phone:

Insurance Company: Policy No:

Allergies/ Medical Problems/ Disabilities:

Emergency contact other than Parent:

Name: Relationship: Phone:

I, the Parent/guardian of (print child's name) age, hereby give my permission for his/her participation in the above named activities. I agree to direct my child to cooperate and conform with directions and instructions of parish, school or diocesan personnel responsible for these activities.

As a condition of my child being allowed to do so, I hereby release and discharge the Diocese of Orange, its constituent organizations, including but not limited to The Roman Catholic Bishop of Orange, a Corporate Sole, and their officers, employees and volunteers from any and all claims for personal injuries or property damage that (s)he may suffer as a result of his/her participation in the activity described above, whether or not such injuries or damage are caused by negligence, active or passive, of any of entities, individuals named or described above.

I agree that in the event my child is injured as a result of his/her participation in the above named activities, including transportation to and from these activities, whether or not caused by the negligence, active or passive of the parish, school or diocesan youth activities program, or any of its agents or employees, recourse for the payment of any resulting hospital, medical, dental treatment or related costs and expenses will be first be had against any accident, hospital, medical or dental insurance, or any available benefit plan of mine or my spouse. I am not aware of any medical condition of my child which would render it inappropriate for him/her to participate in any activity.

I, hereby authorize the making of photographs, motion pictures, video tapes, recordings, or other memorializing of said event and my child's participation therein, and the publication and duplication or other use thereof. I, hereby waive any right to compensation or any right that I otherwise might have to limit or to control such making or use.

I, hereby give permission to the physician, nurse, dentist or licensed care staff selected by the supervisory personnel then present to render medical, dental or other appropriate treatment deemed necessary and appropriate by the physician, nurse, dentist or licensed care staff. If there are any questions please call at 714-842-3000 ext. 119.

Parent Signature: Date:

This Form Expires on (one month after event): December, 11th, 2018



8345 Talbert Avenue Huntington Beach, California 92646-1599 (714) 842-3000 Fax (714) 842-6780  
FORMACIÓN EN LA FE Y LA DIÓCESIS DE NARANJA ESTUDIANTE PERMISO Y FORMA DE PRENSA

**Actividad/Programa:** Retiro de otoño: obligatorio para estudiantes de primer año de confirmación  
**Lugar:** Forest Home Christian Conference Center  
**Fecha(s):** Viernes, 9 de noviembre - Domingo, 11 de noviembre 2018  
**Hora(s):** 3:30 Viernes - 6:00 pm Domingo (Después de la misa)  
**Costa:** \$165

Por favor circule el tamaño de la camiseta (tallas de adulto) S M L XL XXL

\*\* Costo incluido en los honorarios de inscripción de la confirmación del candidato. Asistencia financiera limitada disponible según sea necesario. \*\*

(Imprima)

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de Padres: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Cuidad/Estado/Zona Postal: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ N° de Póliza: \_\_\_\_\_

Alergias/problemas medicinas/otros problemas: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia además de los padres:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Yo, padre (tutor) del menor \_\_\_\_\_, años \_\_\_\_\_, que figura más arriba, doy permiso para que participe en las actividades mencionadas. Estoy conforme en que mi hijo(a) cumpla las normas que dicte la parroquia, escuela o personal diocesano responsable de estas actividades.

Como condición para la participación de mi hijo(a), yo exonero a la Diócesis de Orange, a sus organizaciones, incluida pero no limitada a The Roman Catholic Bishop of Orange, a Corporation Sole, la Iglesia de Our Lady of Guadalupe a sus funcionarios, empleados y voluntarios, de cualquier reclamación por daños personales o daños a la propiedad que puedan resultar de su participación en la actividad descrita más arriba, a pesar de que los daños ocasionados hayan sido producidos por negligencia, activa o pasiva, de cualquiera de las entidades o personas nombradas.

Estoy conforme en que si mi hijo(a) resultase lesionado(a) debido a su participación en las actividades mencionadas, o durante su transporte a o desde las mismas, aunque haya sido debido a negligencia, activa o pasiva, de la parroquia, la escuela o el programa diocesano, o de cualquiera de sus agentes o empleados, el pago de los costos hospitalarios, médicos o dentales serán atendidos en primer lugar por los seguros de accidentes, hospitalarios, médicos o dentales que tengamos suscritos yo o mi esposa(o). No estoy enterado de que mi hijo(a) tenga alguna condición médica que le impida participar adecuadamente en cualquier actividad.

Autorizo a que se hagan fotografías, reportajes gráficos o grabaciones de la actividad en las que figure mi hijo(a), así como la publicación o reproducción de las mismas. Renuncio, por tanto, a cualquier compensación o a cualquier derecho que pudiera tener, o a limitar y controlar la realización o el uso de tales registros.

Yo autorizo a que médicos, enfermeras, dentistas o personal sanitario seleccionados por personal al cargo de la actividad, presten el apropiado tratamiento médico o dental. Si hay alguna pregunta, por favor contacte con nosotros en 714-842-3000 ext.119

**Firma del Padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_