



PARENTAL CONSENT/MEDICAL RELEASE FORM

NAME _____ T Shirt Size _____ AGE _____ BIRTHDATE _____
 ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____
 PHONE _____ SCHOOL _____ GRADE _____ CHURCH St. Francis de Sales
 PARENT (S)/GUARDIANS NAME _____
 PARENT (S)/GUARDIANS BUSINESS PHONE _____
 PARENT (S)/GUARDIANS Email _____

EMERGENCY CONTACT (OTHER THAN PARENT/GUARDIAN) _____

To Whom It May Concern:

The undersigned does hereby give permission for _____ (Child's Name)
 to participate in the following activity sponsored by St. Francis de Sales.

- Event Title:** Steubenville Youth Conference
- Location:** Franciscan University of Steubenville 1235 University Blvd. Steubenville, OH 43952
- Date:** Friday, June 14-Sunday, June 16 Meet at SFDS parking lot to load bus at 6:45am on Friday Pick Up at SFDS parking Lot at 7:30pm on Sunday (return time is estimated - teens will call parents when we are an hour away)
- Cost:** \$275 per person (\$50 non-refundable deposit to secure spot)
- Transportation Method:** Charter Bus
- Designated Supervisor:** Liz Markovicz & Designated Chaperones

In consideration of my child being allowed to participate in this Youth Activity, I hereby agree on behalf of myself and my child, to release *St. Francis de Sales*, the Roman Catholic diocese of Grand Rapids, and any and all affiliated organizations, their employees, agents and representatives, including volunteer drivers, from any and all claims, including negligence, which may be asserted by me or my child, or on behalf on my child, arising from or relating to my child's participation in the field trip.

In consideration of my child being allowed to participate in this Youth Activity, I hereby agree on behalf of myself and my child, to release St. Francis de Sales , the Roman Catholic (Arch) diocese of Grand Rapids, and any and all affiliated organizations, their employees, agents and representatives, including volunteer drivers (collectively "Releasees"), from any and all claims, including negligence, which my be asserted by me or my child, or on behalf on my child, arising from or relating to my child's participation in the field trip.

We(I) authorize an adult, in whose care the minor has been entrusted, to consent to any X-ray examination, anesthetic, medical, surgical, or dental diagnosis or treatment, and hospital care, to be rendered to the minor under the general or special supervision and on the advice of any licensed physician or licensed dentist on the medical staff of a licensed hospital, whether such diagnosis or treatment is rendered at the office of said physician or at said hospital.

The undersigned shall be liable and agree(s) to pay all costs and expenses incurred in connection with such medical and dental services rendered to the aforementioned child pursuant to this authorization.

Should it be necessary for our (my) child to return home due to medical reasons or otherwise, the undersigned shall assume responsibility for transportation and/or incurred transportation costs.

Participant Signature _____ Date _____

Parent(s)/Guardian Signature _____ Date _____

Below please list any allergies or special medical problems you child may have. Thank you.



PARENTAL CONSENT/MEDICAL RELEASE FORM

Nombre _____ Talla de camiseta _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono _____ Escuela donde Asiste _____ Grado _____ Iglesia: San Francisco de Sales
 Nombre de padres o Guardián, _____
 Teléfono de padres o Guardián, _____
 Correo Electronico., _____
 Contacto en caso de emergencia que no sea el Padre(s)/Guardián _____

A quien corresponda: El firmante da por este medio el permiso a _____ (El nombre del niño/
 a) de participar en la siguiente actividad patrocinada por San Francisco de Sales.

- Título del evento:** **Steubenville Youth Conference**
- Ubicación:** **Franciscan University of Steubenville 1235 University Blvd.
Steubenville, OH 43952**
- Fecha:** **viernes 14 de junio a domingo 16 de junio. Reúnase en el estacionamiento de SFDS para cargar el autobús a las 6:45 am y el viernes recoger los jóvenes en el estacionamiento de SFDS a las 7:30 pm del domingo (el tiempo de retorno es estimado: los adolescentes llamarán a los padres cuando estemos una hora de distancia)**
- Costo:** **\$ 275 por persona (depósito no reembolsable de \$ 50 para asegurar el lugar)**
- Método de transporte:** **Charter Bus**
- Supervisor designado:** **Liz Markovicz y chaperones designados**

Nosotros (Yo) autorizó al adulto, al que le hemos confiado el cuidado del menor de edad, a permitir cualquier examen de radiografía, anestésico, diagnosis o tratamiento médico, quirúrgico, o dental, y cuidado de hospital, a ser proporcionado al menor de edad bajo supervisión general o especializada y bajo recomendación de cualquier médico o dentista con licencia vigente, siendo estos parte del personal médico de un hospital con licencia vigente, si tal diagnosis o tratamiento se proporciona en la oficina de dicho médico o en dicho hospital.

El firmante está obligado y acuerda pagar todos los costos incurridos en conexión con tales servicios médicos y dentales proporcionados al niño/a ya mencionado conforme a esta autorización.

Si es necesario que nuestro (mi) niño/a vuelva a casa debido a razones médicas o por alguna otra razón, el firmante asumirá la responsabilidad del transporte y costos incurridos por dicho transporte.

El firmante da por este medio el permiso para nuestro (mi) niño/a de viajar en cualquier vehículo designado por el adulto al que hemos confiado el cuidado del menor de edad mientras que atiende y participa en la actividad patrocinada por San Francisco de Sales.

Firma del Participante _____ **Fecha** _____
Firma del Padre(s)/Guardián _____ **Fecha** _____

Especifique por favor cualquier alergia o problema médico especial que su niño pueda tener. Gracias.

Health Insurance Data / Datos de Seguridad de Salud

Company / Compañía	
Policy Number / Número de Póliza	
Group Number / Número del Grupo	
Contract Number / Número de Contrato	

Medical Treatment Release / Potestad a Tratamiento Médico

As a parent/guardian, I do hereby authorize the treatment by a qualified and licensed physician of any condition, which, in the opinion of the physician, is deemed necessary and appropriate. This authority is granted only after a reasonable effort has been made to reach me.

I further authorize the person who presents the minor to sign the Acknowledgement of Receipt of Notice Privacy Rights that may be presented by the physician or health care facility.

This authorization is completed and signed of my own free will with the sole purpose of authorizing medical treatment deemed necessary and appropriate by the treating physician.

Como pariente / guardián, yo autorizo el tratamiento de primeros auxilios / médico para mi hijo(a) en el caso eventual de una emergencia que pone en peligro su vida, causaría desfiguración, discapacidad física, o incomodidad excesiva si no es atendido oportunamente. Se entiende que harán esfuerzos para contactarme en cuanto sea razonablemente posible.

Este formulario de consentimiento es completado y firmado de mi propia libre voluntad con el único propósito de autorizar tratamiento médico bajo circunstancias de emergencia en mi ausencia.

Esta autorización se completa y firmado por mi propia voluntad con la finalidad de autorizar tratamiento médico, que se considera necesario y apropiado por el médico tratante.

X

X

Parent or Guardian Signature/Firma del Jurídico

Date / Fecha

Media Relations-Promotions Release / Relaciones Con Los Medios De Comunicación-Promociones

I/we give my/our permission to the Roman Catholic Diocese of Grand Rapids, Michigan, (the Diocese) and all entities, representatives, employees, and agents operating under its authority to use, without prior notice, my name or my minor child's name, city and state, and/or audio, video(s), photo(s), and/or any other likeness and to use statements made by or attributed to me or my child relating to the Diocese, without compensation, for web, social media, publicity or similar promotions for the Diocese. I waive my right to inspect or approve such publications, including any written copy that may be created in connection therewith. I/we agree that my/our signature(s) below releases any and all claims against the Roman Catholic Diocese of Grand Rapids, or its associated entities related to or arising out of the Diocese's use of the stated items as media relations/promotional material(s).

Initials: *If person being used in the material is under 18 years of age, parent or legal guardian must initial this form.*

_____ **Yes, I grant permission for release**

_____ **No, I do not grant permission for release**

Yo/nosotros doy/damos mi/nuestro permiso a la Diócesis Católica Romana de Grand Rapids, Michigan, (la Diócesis) y entidades, representantes, empleados, y agentes que operan bajo su autoridad a usar, sin previo aviso, mi nombre o el nombre de mi hijo(a) menor de edad, ciudad y estado, y/o audio, video, fotografía, y/o cualquier otra semejanza y utilizar declaraciones atribuidos a mi o a mi niño(a) relacionados con la Diócesis, sin goce de compensación, para la página web, medios sociales, publicidad o promociones similares para la Diócesis. Yo renuncio a mi derecho de inspeccionar o aprobar esas publicaciones, incluyendo cualquier copia escrita que pueda ser creada en conexión con la misma. Yo/nosotros estoy/estamos de acuerdo en que mi/nuestra firma abajo libera de cualquier y todos los reclamos en contra de Diócesis Católica Romana de Grand Rapids, o sus entidades asociadas relacionadas con o derivadas de uso de la Diócesis de los artículos indicados como relaciones con los medios de comunicación.

Iniciales: *Si la persona requerida para el material es menor de 18 años de edad, el padre/madre o tutor legal deberá firmar esta forma.*

_____ **Sí, doy mi permiso**

_____ **No, doy mi permiso**