



# ST. FRANCIS DE SALES PARISH

## PARENTAL CONSENT/MEDICAL RELEASE FORM

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
 School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Parent (s)/Guardian Names \_\_\_\_\_

Parent (s)/Guardian Phone Number: \_\_\_\_\_ Phone Number #2: \_\_\_\_\_

**\*\*\*Parent Email:** \_\_\_\_\_

**Emergency Contact (Other than the parent):** \_\_\_\_\_

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.

**ACTIVITY: Summer Retreat—2022 (For Students going into grades 9-12)**

**DATE/TIME: July 31, 2022 (5-9pm), August 1, 2 and 3, 2022 (6-9pm)**

**PLACE: St. Francis de Sales (195 W 13th St. Holland, MI 49423) & Local Parks**

**COST: \$40.00**

**TRANSPORTATION: Parent drop off/pick up & walking**

**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 (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 may be asserted by me or my child, or on behalf of 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.

Insurance Company \_\_\_\_\_ Policy Number \_\_\_\_\_

Participant Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Parent (s)/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



# ST. FRANCIS DE SALES PARISH

## CONSENTIMIENTO DE PADRES/FORMA DE PERMISO MÉDICA

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
 Nombres de Padre (s)/Guardián: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Padre (s)/Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono #2: \_\_\_\_\_  
**\*\*\*Correo electrónico de Padres:** \_\_\_\_\_  
**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.

**ACTIVIDAD: Retiro del Verano—2022 (Para estudiantes que estarán en los grados 9-12 en el otoño)**  
**FECHA/HORA 31 de julio de 2022 (5-9pm); 1, 2 y 3 de agosto de 2022 (6-9pm)**  
**LUGAR: San Francisco de Sales (195 W 13th St. Holland, MI 49423); parques locales**  
**COSTO: \$40.00**  
**TRANSPORTACIÓN: padres de familia dejan y recogen a sus hijos; caminando al los parques**  
**ADULTO SUPERVISOR: Liz Markovicz y Voluntarios designatos**

En consideración de que mi hijo pueda participar en esta Actividad para Jóvenes, por este medio estoy de acuerdo en nombre mío y de mi hijo, para dar libertad a San Francisco de Sales, a la diócesis católica romana de Grand Rapids, y a todas las organizaciones afiliadas. , sus empleados, agentes y representantes, incluidos los conductores voluntarios (colectivamente "con libertad"), de todas y cada una de las peticiones, incluida la negligencia, que pueden ser declaradas por mí o por mi hijo, o en nombre de mi hijo, que surjan de o estén relacionadas con mi Participación del niño en la excursión.

Nosotros (yo) autorizamos a un adulto, a cuyo cuidado se le ha confiado al menor, dar su consentimiento para cualquier examen de rayos X, diagnóstico o tratamiento con anestesia, médico, quirúrgico o dental, y atención hospitalaria, para ser dados al menor bajo la supervisión general o especial y con el consejo de cualquier médico con licencia o dentista con licencia en el personal médico de un hospital con licencia, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento se realice en la oficina de dicho médico o en dicho hospital.

El firmante será responsable y estará de acuerdo en pagar todos los costos y gastos incluidos en relación con dichos servicios médicos y dentales prestados al niño antes mencionado de conformidad con esta autorización.

Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Numero de Póliza \_\_\_\_\_  
 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

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

## 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 Padre

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**