



ST. FRANCIS DE SALES PARISH

PARENTAL CONSENT/MEDICAL RELEASE FORM

Name: _____ T Shirt Size: _____ Age: _____ Birthdate: _____
Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____
School: _____ Grade: _____
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: **High School Spring Overnight Retreat (Grades 9-12)**
DATE & TIME: **Friday April 26 @ 6:30 Check-In, Pick -up is Sunday April 28 @ 12:00 pm.**
TRANSPORTATION: **Parent Drop off and Pick-up @ Camp Geneva (in the chapel).**
3995 Lakeshore Dr. North Holland, MI 49424
COST: **\$85.00**

DESIGNATED SUPERVISORS: **Liz Markovicz, Grant Wyatt, Adam McNutt and Designated
Volunteers Chaperones**

COORDINATOR: **Liz Markovicz**

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 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.

Insurance Company _____ Policy Number _____

Participant Signature _____ Date _____

Parent (s)/Guardian Signature _____ Date _____

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



ST. FRANCIS DE SALES PARISH

CONSENTIMIENTO DE PADRES/FORMA DE PERMISO MÉDICA

Nombre _____ Talla de camiseta _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Escuela: _____ Grado: _____
 Teléfono de Padre (s)/Guardián _____ Teléfono #2 _____
*****Correro 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 de Primavera para Jóvenes de grados 9 al 12.
FECHA y HORAS: Viernes 26 de abril a las 6:30 de la tarde, hasta el domingo 28 de abril a las 12:00 de la tarde.
MODO DE TRANSPORTE: Padres deben llevar y recoger a sus hijos a Camp Geneva (en la capilla).
3995 Lakeshore Dr. North Holland, MI 49424
COSTO: \$ 85.00
ADULTO SUPERVISOR: Liz Markovicz Grant Wyatt, Adam McNutt, y Voluntarios
COORDINADOR: Liz Markovicz

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

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 paciente / 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**