



Formulario de autorización de exención y registro para la Escuela Bíblica de Vacaciones

Fecha: 12-16 DE AGOSTO DE 2024

Hora: 9:30 am-12:00 pm (excepto los jueves, que es de 10 am a 12 pm)

Ubicación: IGLESIA CATÓLICA DE LA SANTA CRUZ, 6915 WA-92, LAKE STEVENS

Haga que los niños lleguen antes de las 9:15 AM para realizar el check-in/registro

Table with 3 columns: Nombre del niño (apellido, nombre), Fecha de nacimiento, Último grado completado

Nombre(s) del padre/tutor

DIRECCIÓN

Primer teléfono Segundo teléfono

Dirección(es) de correo electrónico de los padres

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD: En consideración de que la Iglesia Católica de la Santa Cruz permite que los niños mencionados anteriormente participen en las actividades de la Escuela Bíblica de Vacaciones, yo, el abajo firmante, por la presente libero, descargo para siempre y acepto eximir de responsabilidad a la Iglesia Católica de la Santa Cruz, sus directores, empleados, voluntarios y agentes (colectivamente en el presente documento la "Iglesia") de toda responsabilidad, reclamo o demanda por lesiones personales accidentales, enfermedad o muerte, así como daños y gastos a la propiedad, de cualquier naturaleza, en los que pueda incurrir el el abajo firmante y el(los) niño(s) mencionado(s) mientras participan en la Escuela Bíblica de Vacaciones. Además, en nombre de mis hijos menores, por la presente asumo todos los riesgos de lesiones personales accidentales, enfermedades, muerte, daños y gastos como resultado de la participación en las actividades involucradas en los mismos. Además de liberar a los niños, si es necesario, para el transporte hacia y desde la ubicación de la Escuela Bíblica de Vacaciones, yo, el abajo firmante, por la presente libero, descargo para siempre y acepto eximir de responsabilidad a la Iglesia Católica Holy Cross, sus directores y empleados, voluntarios y agentes de toda responsabilidad, reclamo o demanda por lesiones personales accidentales en el proceso de transporte.

PERMISO DE TRATAMIENTO MÉDICO: Autorizo a un adulto, en cuyo cuidado se ha confiado el menor, a dar su consentimiento para cualquier examen de emergencia con rayos X, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico, quirúrgico o dental y atención hospitalaria, que se le brindará al menor bajo la supervisión general o especial y con el consejo de cualquier médico o dentista autorizado en el personal médico de un hospital autorizado o centro de atención de emergencia. El abajo firmante será responsable y aceptará pagar todos los costos y gastos incurridos en relación con dichos servicios médicos y dentales prestados a los niños antes mencionados de conformidad con esta autorización.

PERMISO PARA FOTO/VIDEO: YO (marque uno con un círculo) NO doy mi consentimiento a la Iglesia Católica Holy Cross para usar fotografías o imágenes de video tomadas de mi(s) hijo(s) en folletos de la iglesia, anuncios de la iglesia, en el sitio web, en redes sociales, medios de comunicación y en otras publicaciones de la iglesia según lo consideren conveniente. Acepto eximir de responsabilidad a la Iglesia Católica Holy Cross de cualquier responsabilidad que pueda resultar del uso de dichas imágenes. Este formulario se aplicará durante toda la permanencia de mi(s) hijo(s) en la Escuela Bíblica de Vacaciones de la Iglesia Católica Holy Cross. **Ninguna de las fotos será para uso personal.**

Por la presente doy permiso para que mi(s) hijo(s) participen en la Escuela Bíblica de Vacaciones en la Iglesia Católica Holy Cross del 12 al 16 de agosto de 2024 de 9:30 am a 12:00 pm todos los días (excepto los jueves, que son las 10:00 am). -12:00 pm).

Firma del padre/tutor

Fecha

Complete un formulario para hasta 3 niños en una familia. Toda la información permanecerá confidencial para el personal de la Escuela Bíblica de Vacaciones.

<p>El nombre del niño/a _____ Seguro médico SÍ ___ NO ___</p> <p>Compañía de seguros _____ Póliza/ID de grupo# _____</p> <p>Alergias, medicamentos y/o afecciones médicas: _____</p> <p>_____</p> <p>Restricciones de actividad _____</p> <p>Número(s) de teléfono del padre/tutor _____</p> <p>Contacto de emergencia: persona(s) y números de teléfono en caso de que no se pueda localizar al padre/tutor:</p> <p>Nombre _____</p> <p>Teléfono _____</p> <p>Personas autorizadas para recoger a mi hijo _____</p>
<p>El nombre del niño/a _____ Seguro médico SÍ ___ NO ___</p> <p>Compañía de seguros _____ Póliza/ID de grupo# _____</p> <p>Alergias, medicamentos y/o afecciones médicas: _____</p> <p>_____</p> <p>Restricciones de actividad _____</p> <p>Número(s) de teléfono del padre/tutor _____</p> <p>Contacto de emergencia: persona(s) y números de teléfono en caso de que no se pueda localizar al padre/tutor:</p> <p>Nombre _____</p> <p>Teléfono _____</p> <p>Personas autorizadas para recoger a mi hijo _____</p>
<p>El nombre del niño/a _____ Seguro médico SÍ ___ NO ___</p> <p>Compañía de seguros _____ Póliza/ID de grupo# _____</p> <p>Alergias, medicamentos y/o afecciones médicas: _____</p> <p>_____</p> <p>Restricciones de actividad _____</p> <p>Número(s) de teléfono del padre/tutor _____</p> <p>Contacto de emergencia: persona(s) y números de teléfono en caso de que no se pueda localizar al padre/tutor:</p> <p>Nombre _____</p> <p>Teléfono _____</p> <p>Personas autorizadas para recoger a mi hijo _____</p>

Por favor devuelva todos los formularios completos a:

LeeAnn Balbirona o Alicia Ramirez en la oficina parroquial, abierta de lunes a jueves de 9 am a 4 pm
o escanear y enviar por correo electrónico a PAFF@hccclakestevens.org