

DIOCESE OF FRESNO PERMISSION TO PARTICIPATE IN A PARISH ACTIVITY, RELEASE OF LIABILITY, AND CONSENT FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT FORM

TO THE PARENT/GUARDIAN: You must give permission for your child to participate in the specific event, activity, or sport indicated on this form. You must also have signed the annual form for you child to attend and participate in any parish sponsored event, activity, or sport.

Name of Child	Parish Name Christ the King Church
Name of Parent/Guardian	Calendar Year 2009-2010
Event/Activity/Sport: CONFIRMATION RETREAT	

My child is physically fit and capable of participation in this activity. I have told my child to follow the rules and instructions of the parish, parish personnel, diocesan personnel, or adult leadership of this activity. I understand that participation in this parish-sponsored activity involves some risk (including any travel to and from this activity) and that unforeseen events can occur. I am informed and agree that transportation, if involved, may be provided by parents, other private individuals, or commercial operators who are believed to be reliable and insured, but not under the supervision or control of the parish.

In exchange for permitting my child to participate in this voluntary activity, I waive and give up all claims (and right to file a lawsuit) which I or my child (and our successors, heirs, and assigns) may have against the parish. I release and discharge the parish from all liability or responsibility for death, illness, personal injury, or property damage arising out of the parish activity and any transportation involved with the parish activity.

This permission, waiver, release, and consent applies to the parish named, and to the Diocese of Fresno Education Corporation, The Roman Catholic Bishop of Fresno (a corporate sole), the Diocese of Fresno, all other Diocese of Fresno parishes, all schools, affiliated organizations, and their officers, clergy, agents, and employees.

Off-Campus Field Trip Information:

Destination of Field Trip: ST. ANTHONY'S CTR., THREE RIVERS, CA	
Departure Date and Time: SATURDAY, February 20 @ 8:00 AM	
Estimated Return Date and Time: SUNDAY, February 21 @ 5:00PM	
Mode of Transportation: VOLUNTEERS/PARENTS	Trip Fee (if applicable): \$85.00

In the event of an emergency and if the parish is unable to contact me, I authorize parish personnel or other adult leadership of a parish-sponsored event or activity, at my expense, to secure and consent to x-ray examination, medical, dental, or surgical diagnosis, treatment, and hospital care advised and supervised by a duly licensed physician, surgeon, or dentist. I expect to be contacted as soon as possible. A copy of this form shall be valid as the original and may be given to the adult leader of the activity.

Signature of Parent/Guardian: _____ **Date:** _____
Signature of Parent/Guardian: _____ **Date:** _____

Daytime Phone (pager, cell)	Evening Phone (pager, cell)
Doctor's Name	Doctor's Phone
Insurance Co	Policy #

FOR OFFICE USE ONLY	Date Form Received by Parish:	Received by:
----------------------------	--------------------------------------	---------------------

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UNA ACTIVIDAD PARROQUIAL, TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA, Y PARA LIBERAR DE RESPONSABILIDAD A LA DIOCESIS DE FRESNO

PADRES DE FAMILIA O GUARDIAN LEGAL: Usted debe dar permiso para que su hijo/a participe en el evento, actividad o deporte especifico indicado en esta forma. También tendrá que firmar la forma anual para que su hijo/a participe en eventos, actividades y deportes patrocinados por la parroquia.

Nombre del niño/a	Nombre de la Parroquia Christ the King Church
Nombre del Padre/Madre/Guardián	Año Escolar 2009-2010
Evento/Actividad/Deporte: RETIRO DE CONFIRMACION	

Mi hijo/a esta en buena condición física y apto a participar en esta actividad. Ya le he dicho a mi hijo/a que debe seguir y sujetarse a las reglas e instrucciones de la parroquia o del personal parroquial, o adultos a cargo de esta actividad. Entiendo que la participación en eventos y actividades patrocinados por la parroquia, involucran cierto riesgo (incluyendo el viaje de ida o de regreso a esos eventos o actividades) y que pueden ocurrir eventos no previstos. Estoy informado/a y de acuerdo en que la transportación, de ser necesaria, puede ser provista por padres de familia, otros individuos privados, o por operadores comerciales quienes se ha creído son confiables y están asegurados, pero que no están bajo la supervisión o control de la parroquia.

A cambio de permitir que mi hijo/a participe en las actividades escolares, libero y renuncio a todo reclamo (y al derecho a presentar una demanda legal) al que yo o mi hijo/a (y nuestros sucesores, propios y asignados) podemos tener contra la parroquia. Libero y descargo a la parroquia de toda culpa o responsabilidad de muerte, enfermedad, lastimaduras o daños personales resultantes de la actividad escolar y de cualquier medio de transportación involucrada con la actividad escolar.

Este permiso, renuncia, liberación y consentimiento aplica para la parroquia nombrada, y para la Corporación de Educación de la Diócesis de Fresno, al Obispo Católico Romano de Fresno (una corporación individual), la Diócesis de Fresno, y todas las otras parroquias de la Diócesis de Fresno, todas las parroquias, organizaciones afiliadas, y sus directivos, clero, agentes y empleados.

Información del Viaje o Excursión Afuera del Plantel:

Destino del Viaje o Excursión: ST. ANTHONY'S CTR., THREE RIVERS, CA	
Hora y Fecha de Salida: SABADO 20 DE FEBRERO A LAS 8:00 AM	
Hora y Fecha aproximada de regreso: DOMINGO 21 DE FEBRERO A LA 5:00 PM	
Medio de Transporte: VOLUNTARIOS/PADRES	Costo del viaje (si corresponde):\$85.00

En el evento de una emergencia, y si la parroquia no es capaz de comunicarse conmigo, autorizo al personal parroquial y otros lideres adultos de un evento o actividad patrocinada por la parroquia, con cargo a mi propio costo, para que aseguren y den consentimiento a exámenes de rayos-x, diagnostico medico, dental o quirúrgico, tratamiento y cuidado hospitalario recomendable y supervisado por un medico, cirujano o dentista debidamente licenciado. Espero ser contactado tan pronto como sea posible. Una copia de esta forma deberá ser tan valida como la forma original de autorización y puede entregársele al adulto líder de los eventos.

Firma del Padre, Madre o Guardián: _____ Fecha: _____
Firma del Padre, Madre o Guardián: _____ Fecha: _____

Numero telefónico durante el día (celular)	Numero telefónico para la noche (celular)
Nombre de su Doctor	Numero telefónico de su Doctor
Compañía de Seguros	Numero de Poliza

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE	Fecha en que la forma fue recibida:	Recibida por:
--------------------------------------	-------------------------------------	---------------