

Catequista: _____

Church of the Holy Spirit

1451 W. Bode Rd. ~ Schaumburg, IL 60194 ~ Ph. 847-882-7580 ~ Fax 847-882-1845

Forma de Permiso para "Feed My Starving Children"

Fecha: Sábado, Abril 2

Entregar: Sábado 9 de marzo

Nombre de estudiante: _____ tiene mi/nuestro permiso para asistir la oportunidad de servicio que organiza Church of the Holy Spirit (CHS) en **Feed My Starving Children**, 740 Wiley Farm Court, Schaumburg, IL 60173 el **Martes, 2 de Abril 2019 de 5:45 pm – 7:30 pm**

Se entiende que se tomarán todas las medidas precautorias razonables por parte de las personas encargadas con el fin de prevenir lesiones, pero ninguna persona encargada será considerada responsable en caso de haber un accidente. Por medio de la presente doy/damos permiso y excluimos de toda responsabilidad a la iglesia Church of the Holy Spirit (CHS), Sra. Rosi Viquez, su Equipo Pastoral, voluntarios, y al Obispo Católico de Chicago, una corporación única, de toda demanda de cualquier tipo que pueda surgir a través de la participación de mi/nuestro joven en éste evento. Entiendo/Entendemos que si mi/nuestro joven viola las normas de conducta sobre la posesión o el uso de alcohol o de otras drogas, o si viola las normas de conducta sobre el evento y el uso de la propiedad, yo seré/ nosotros seremos responsable(s) de los daños y recibiré/recibiremos una llamada para arreglar el transporte inmediato de mi/nuestro joven al hogar. **Entiendo/Entendemos que mi hijo/a debe de llegar a Feed My Starving Children a las 5:45 pm y debe ser recogido a las 7:30 pm.**

Firma del candidato: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Firma del Padre/Madre: _____ **Fecha:** _____

Número de emergencia: _____ **Email:** _____

Mi hijo: _____ será recogido por mí _____ será recogido por: _____

Liste 2 personas a quienes llamar en caso de Emergencia si no podemos contactarnos con usted.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO Y PERMISO

Doy/Damos permiso que se den primeros auxilios a _____ por la Sra. Rosi Viquez y por las personas que transportan a mi/nuestro joven hacia y desde el lugar del evento como su juicio crea conveniente; y para hacer las referencias necesarias a médicos competentes sobre el tratamiento de enfermedad o de un accidente de una naturaleza más grave. Entiendo/Entendemos que seré/seremos notificado(os) en caso de alguna enfermedad o accidente grave y antes de cualquier cirugía mayor excepto cuando la demora/el retraso en la comunicación pondría en peligro la vida. En caso de la emergencia médica, entiendo/entendemos que se hará todo el esfuerzo para contactar el padre/la madre o el guardián del participante. En caso de que no me/nos pueden localizar, por medio de la presente doy/damos permiso a los médicos (escogidos por el equipo adulto) a hospitalizar, a asegurar tratamiento apropiado, y a ordenar inyección, anestesia o cirugía, si se cree necesario, para mi/nuestro joven.

Firma del Padre / Madre / Tutor: _____ **Fecha:** _____

Por favor anote problemas médicos, condiciones especiales, alergias severas o alergias a comidas:

Este Permiso firmado tiene que ser entregado a la oficina.

Ningún alumno puede asistir sin permiso firmado y sin inscribirse en línea en:

<https://www.fmsc.org/join-group?joincode=GV03B4>

Code: GV03B4