

CHURCH OF THE HOLY SPIRIT

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

Catechist: _____

Permission Slip for "Confirmation II Retreat"

Name of child: _____ has my/our permission to attend the Confirmation Yr. II Retreat at Cabrini Retreat Center 9430 Golf Road, Des Plaines, Illinois 60016, May 4th, 2019, from 8:00 am - 5:00 pm.

It is understood that all reasonable precautions will be taken by those in charge to prevent injuries, but neither those in charge shall be held responsible in case of accident. I hereby release and indemnify Church of the Holy Spirit, Mrs. Rosi Viquez, the staff, the volunteers, and the Catholic Bishop of Chicago, a corporation sole, from any and all liability arising from any claims of any kind or nature whatsoever from my child's participation in this event. I understand that if my teen violates any of the rules regarding possession or use of alcohol, or other drugs, or rules governing the retreat and use of the property, I will be held accountable for damages and called to arrange immediate transportation home for my teen. **I understand that my teen should arrive at Church of the Holy Spirit before bus departs 8:00 am and will participate in the entire retreat. I will pick-up my son/daughter at 5:00 pm. This retreat is a requirement in preparation for the reception of the sacrament of Confirmation.**

Signature of Candidate: _____ Birthdate: _____

Signature of Parent: _____ Date: _____

Emergency number: _____ Email: _____

Please list two other people to notify in an emergency if you cannot be reached:

Name: _____ Phone No.: _____

Name: _____ Phone No.: _____

Medical Information and Permission Form

I grant permission for first aid to be given to _____ by Mrs. Rosi Viquez, and the catechists as their judgment deems advisable, and to make the necessary referrals to qualified physicians for treatment of illness or accident of a more serious nature. I understand that I will be promptly notified in the event of any serious illness or accident and prior to any major surgery except when delay in communication would endanger life. In case of medical emergency, I understand that every effort will be made to contact the parent/guardian of the participant. In the event that I cannot be reached, I hereby give permission to the physicians selected by the adult staff to hospitalize, secure proper treatment for, and order injection, anesthesia or surgery, if deemed necessary for my child.

Signature of Parent: _____ Date: _____

Address: _____

Please list any medical problem, condition or food/ severe allergies here:

**Permission forms must be returned to the Religious Education Office by March 29, 2019
No student can attend without a signed form!**

CHURCH OF THE HOLY SPIRIT

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

Catechist: _____

Forma de Permiso para "Retiro de Confirmación II"

Nombre del adolescente: _____ tiene mi/nuestro permiso para asistir al **retiro de Confirmación en Cabrini Retreat Center 9430 Golf Road, Des Plaines, Illinois 60016, el 4 de Mayo, 2019** desde las **8:00 am -5:00 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 de los jóvenes serán consideradas responsables 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 antes de la salida del autobús las 8:00 am y tiene que participar en todo el retiro. Yo vendré a recoger a mi hijo/a a las 5:00 pm. Este retiro es un requisito en la preparación para recepción del sacramento de Confirmación.

Firma del candidato: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Padre/Madre: _____ Fecha: _____

Número de emergencia: _____ Email: _____

Favor de nombrar 2 personas a quienes podemos llamar en caso de Emergencia cuando no podamos contactarnos con Ud.(s).

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 encargadas 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: _____

Dirección: _____

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

**Favor de regresar este permiso a la Oficina de Doctrina sin falta el 29 de Marzo, 2019
¡Ningún alumno podrá asistir sin el permiso firmado!**