

PROGRAMA DE CONFIRMACIÓN DE NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA

FORMULARIO DE PERMISO PARA EL RETIRO DE CONFIRMACIÓN

Por favor, complete este formulario que acompañará a su hijo en la excursión. Esta información es necesaria si necesitamos ponernos en contacto contigo mientras tu hijo participa en la excursión. **Ningún joven podrá participar en la excursión sin que este formulario esté completado y firmado por el padre o tutor.** La información de este formulario se considera confidencial y acompañará a la Coordinadora de Formación en la Fe, **Elvira Ochoa**. Antes de dar su consentimiento para que su hijo participe en la excursión, por favor

LEE CON ATENCIÓN Y FIRMA SI ACEPTAS ESTOS TÉRMINOS:

As a parent and/or legal guardian, I remain legally responsible for any personal actions taken by the named minor participant named below.

I agree on behalf of myself, my child named herein, or our heirs, successors and assigns, to hold harmless and defend the Organizer its officers, directors and agents, and any other representatives associated with the event, from any and all actions, claims, demands, damages, costs, expenses and all consequential damage arising from or in connection with my child attending the field trip or in connection with any illness or injury or cost of medical treatment in connection therewith, and I agree to compensate the Organizer, its officers, directors, and agents, or representatives associated with the field trip for reasonable attorney's fees and expenses arising therewith.

Parent/ Legal Guardian Signature: _____ Date: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del parente/tutor: _____

Dirección de domicilio: _____

Teléfono #: _____ Teléfono de trabajo #: _____

I, (Padre/Tutor) _____, concedo permiso de mi hijo, _____, para participar en la excursión. Esta actividad tendrá lugar bajo la guía y dirección de empleados y/o voluntarios de **Parroquia de Nuestra Señora de Fátima**.

A continuación, una breve descripción de la actividad:

Tipo de evento: **Retiro de Confirmación de Nuestra Señora de Fátima**

Lugar del evento: 505 W. Granger Modesto, CA 95350- GIMNASIO

Responsable individual: **Elvira Ochoa**

Fecha y hora de entrega: sábado, 11 de abril de 2026, 10:00 am.

Fecha y hora de recogida: sábado, 11 de abril de 2026, 2:00 pm

ASUNTOS MÉDICOS

- Por la presente garantizo que, hasta donde yo sé, mi hijo goza de buena salud y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo.

TRATAMIENTO MÉDICO DE URGENCIA:

No te añadas a ti mismo, por favor añade al menos a 2 personas.

En caso de emergencia, por la presente doy permiso para trasladar a mi hijo a un hospital para tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. Quiero que el hospital o el médico me informen antes de cualquier tratamiento adicional. En caso de emergencia y no puedas contactarme en los números anteriores, contacta con:

1. Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono: _____
2. Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono: _____
3. Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono: _____

INFORMACIÓN MÉDICA ESPECÍFICA:

Por favor, asegúrese de hablar con **Elvira Ochoa** sobre cualquier medicación o necesidad especial que pueda tener su hijo.

ESTA INFORMACIÓN PERMANECERÁ CONFIDENCIAL, PERMANECERÁ CON: Elvira Ochoa

EL ORGANIZADOR TENDRÁ UN CUIDADO RAZONABLE PARA ASEGURARSE DE QUE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SEA CONFIDENCIAL:

Alergias: (medicamentos, alimentos, plantas, etc.):

¿Tu hijo necesita: **Epipen** Sí No **Inhalador** Sí No

Cualquier medicación que se esté tomando actualmente (tipo de medicación y momento de administración) o condición médica/física que requiera atención especial:

TO ANY DOCTOR OR HOSPITAL: I hereby authorize the release of my child's pertinent medical information to the appropriate professional staff. I give permission the physician or hospital to secure treatment for him/her and to order medications, injections, anesthesia, or surgery for my child, as named above, in case of emergency. The signature below constitutes authorization to perform any necessary treatment for my child during this field trip.

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD:

Nombre de la empresa: _____ Polica #: _____

Nombre del padre/tutor (por favor imprimir): _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____