



ESCRIBIR EN FORMA LEGIBLE

Centro de Actividades y Ministerio de Recreación

706.863.4956 ext. 149

FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO MÉDICO

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Domicilio, ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono _____ Correo electrónico: _____

Parroquia/Escuela y su ubicación _____

Acepto voluntariamente participar en cualquiera de las actividades en el Centro de Actividades de la Iglesia Católica St. Teresa of Avila a partir de hoy hasta el 30 de junio de 2027. Estas actividades se llevarán a cabo bajo la guía y dirección de los empleados/voluntarios de mi parroquia mencionada anteriormente.

Por el valor recibido, acepto eximir de responsabilidad y defender a mi parroquia/escuela/organización mencionada anteriormente, sus funcionarios, directores, empleados y agentes, y la Diócesis de Savannah, sus empleados y agentes, o representantes asociados con el evento, de cualquier reclamo. que surja de o en relación con mi asistencia al evento o en relación con cualquier enfermedad o lesión (incluida la muerte) o el costo del tratamiento médico en relación con el mismo, y acepto compensar a mi parroquia/escuela/organización mencionada anteriormente, sus funcionarios, directores y agentes y representantes asociados con estos eventos, por los honorarios y gastos razonables de abogados en los que puedan incurrir en cualquier acción entablada contra ellos como resultado de dicha lesión o daño.

Firma: _____ Fecha: _____

ASUNTOS MÉDICOS

____(iniciales) Por la presente garantizo que, según mi saber y entender, gozo de buena salud y asumo toda la responsabilidad por mi salud.

Impedimentos: Por favor marque todo lo que corresponda:

___ Necesita acceso para silla de ruedas ___ Discapacidad auditiva ___ Discapacidad visual ___ Impedimento de movilidad

Tratamiento Médico de Emergencia: En caso de una emergencia, doy permiso para ser transportado a un hospital para tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. En tal caso, póngase en contacto con:

Nombre y Relación: _____

Teléfono: _____

Médico de Familia: _____

Teléfono: _____

GRABACIÓN DE VIDEO Y PUBLICACIÓN DE FOTOS PARA INTERNET Y PERIÓDICOS

Por la presente otorgo permiso para grabaciones de video de mí persona con el propósito de seguridad y protección. Y, concedo permiso para que las fotografías que se me tomen en este evento aparezcan en los medios de comunicación de mi parroquia/escuela/organización (boletín, boletín informativo, sitio web, etc.) y/o en la Diócesis Católica de Savannah (por ejemplo, The Southern Cross o el sitio web diocesano). Entiendo que estas imágenes serán utilizadas únicamente en relación con estas publicaciones y este evento. Cualquier otro uso de dichas imágenes requerirá mi total consentimiento por escrito.

He leído este formulario de consentimiento y acepto cumplir con estas reglas. Entiendo que el incumplimiento de estas reglas podría resultar en que me pidan que abandone el evento.

Firma del Participante _____ Fecha _____

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____
(Si el participante es menor de 18 años)