

# PARENT MEDICAL AND LIABILITY RELEASE STATEMENT CODE OF CONDUCT and PHOTO RELEASE

**DIOCESE OF SAN BERNARDINO** 1201 E. Highland Ave, San Bernardino, Ca 92404-4641 (909) 475-5167  
**CATHOLIC MUTUAL GROUP** 2724 Waterman Ave Ste. J, San Bernardino, CA 92404-4641 (909) 883-6001  
**Ministry with Youth Office** 1201 E. Highland Ave, San Bernardino, Ca 92404 (909) 475-5167

**EVENT INFORMATION**

**Event:** 2017-2018 Faith Formation Program

**Location:** St. Catherine of Alexandria Catholic Church  
41875 "C" Street, Temecula, CA 92592

**Phone:** (951) 676-2894

**Date & Time of Activity:** As per faith formation calendar and additional activities announced

**Cost:** Varies

**\*\*Please check one:**

- Adult (18 and older)  
 Youth (under 18)

(Please Print)

Participant's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parent's Name: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_ Cell or Work #: \_\_\_\_\_

Emergency Contact Name: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Family Physician: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Insurance Company: \_\_\_\_\_ Policy No: \_\_\_\_\_

Allergies/ Medical Problems/ Disabilities \_\_\_\_\_

Is the participant taking any over the counter or prescriptions drugs?  
**Please list and print clearly** \_\_\_\_\_ (Use another sheet if necessary)

**Please list any Allergies to medication or foods** \_\_\_\_\_

I also understand that in the event medical intervention is necessary, every attempt will be made to contact immediately the persons listed on this form. If I cannot be reached in an emergency during the activity dates shown on this form, I give my permission to the physician or dentist selected by the activity leader to hospitalize, to secure medical treatment and/ order an injection, anesthesia, or surgery for my child as deemed necessary.

I understand all reasonable safety precautions will be taken at all times by: St. Catherine of Alexandria and its agents during the events and activities. I understand the possibility of unforeseen hazards and know there is the inherent possibility or risk. **I agree not to hold, the Diocese of San Bernardino, St. Catherine of Alexandria Catholic Church, its leaders, employees and volunteers** liable for damages, losses, diseases, or injuries incurred by the subject of this form.

**MEDICAL LIABILITY**

I understand that by signing this form I/my child agree(s) to cooperate and participate fully, that I/my child will show respect for the property visited, respect for neighbor, that I/my child will show respect for the law and practice safety skills at all times. By failing to meet this code of conduct, I/my child am/are aware that appropriate action may be taken and arrangements may be made for immediate removal from the event.

**CONDUCT**

I hereby authorize the making of photographs, motion pictures, videotapes, recording, or other memorializing of said event and my child's participation therein, and the publication and duplication or other use thereof. I hereby waive any rights to compensation or any right that I otherwise might have to limit if to control such making or use.

By checking this box, I **DO NOT** authorize any photos, videotapes or recordings of my child.

**PHOTO**

\_\_\_\_\_  
**Parent/ Guardian Signature Required** \_\_\_\_\_ Date  
 for minors under 18

**PERMISSION**

\_\_\_\_\_  
**Signature of Participant Required** \_\_\_\_\_ Date  
 (Youth or Adult)

# CESION DE RESPONSABILIDAD Y FORMA PARA CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MEDICO, CODIGO DE CONDUCTA Y FORMA DE LIBERACION DE FOTOS

**DIOCESIS DE SAN BERNARDINO** 1201 E. Highland Ave, San Bernardino, CA 92404-4641 (909) 475-5167  
**CATHOLIC MUTUAL GROUP** 2724 Waterman Ave Ste. J, San Bernardino, CA 92404-4641 (909) 883-6001  
 Oficina de Pastoral Juvenil 1201 E. Highland Ave, San Bernardino, Ca 92404 (909) 475-5167

Información de evento

**Evento:** 2017-2018 Programa de Formacion Religiosa

**Lugar:** St. Catherine of Alexandria Catholic Church  
 41875 "C" Street, Temecula, CA 92592

Please check one:

- Adulto (mayor de 18 años)  
 Joven (menor de 18 años)

**Teléfono:** 951-587-0023

**Fecha y horario de la actividad:** de Acuerdo al calendario  
**Costo:** Varies

Consentimiento de tratamiento

**(Por favor escriba en letra de molde)**

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del padre/ madre: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_ Celular o trabajo: \_\_\_\_\_

En caso de una emergencia favor de llamar a: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Doctor de la familia: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Numero de póliza: \_\_\_\_\_

Alergias/ problemas médicos/ incapacidad: \_\_\_\_\_

**¿Su hijo está tomando algún medicamento con o sin receta médica? Escriba claramente**  
 \_\_\_\_\_ (Si es necesario use otra hoja de papel).

**Por favor indique si su hijo/a es alérgico a algún medicamento o comida:** \_\_\_\_\_  
 (Si es necesario use otra hoja de papel).

Código de Conducta

También entiendo que en el caso de que se requiera intervención medica, todo esfuerzo se hará para contactar a la persona que esta mencionada en esta forma. En el dado caso de que yo no pueda ser localizado/a en una emergencia durante las fechas del evento mencionadas en esta forma, yo le doy permiso al medico o dentista seleccionado por el líder del evento a hospitalizar, y asegurar tratamiento medico y/o inyección, anestesia, o cirugía que sea necesaria para mi hijo/a.

Entiendo que todas las precauciones de seguridad estarán en efecto a todo momento por St. Catherine of Alexandria, y sus agentes durante el evento y sus actividades. Entiendo la posibilidad de algún peligro imprevistos y se que hay una posibilidad de riesgo inherente. **Estoy de acuerdo a no hacer responsables a Diócesis de San Bernardino, St. Catherine of Alexandria, empleados y voluntarios** por daños causados, perdidas, enfermedades, o heridas incurridas por el sujeto mencionado en esta forma.

Fotografía

Yo entiendo que al firmar esta forma mi hijo/a y yo aceptamos cooperar y participar enteramente, que mi hijo/a y yo seremos respetuosos hacia la propiedad que visitemos, respetuosos a los vecinos, también demostraremos respeto por las leyes y practicaremos hábitos de seguridad a toda hora. Al no cumplir con el código de conducta mi hijo/a y yo sabemos que la acción apropiada tomará lugar y todo se arreglará para que nos podamos ir inmediatamente del evento.

Yo autorizo la elaboración de fotografías, películas cinematográficas, videos, grabación u otra clase de conmemoración del dicho evento y la participación de mi hijo/a allí dentro, y la publicación y duplicación o cualquier otro uso de lo mismo. Yo renuncio a mis derechos de compensación o a cualquier derecho del que yo pueda limitar o controlar la confección o uso.

Permiso

Yo **NO** autorizo que se le tomen fotos, videos o cualquier clase de grabación a mi hijo/a.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/ Guardián es requerida para menores de 18 años

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del Participante (Joven o Adulto)

\_\_\_\_\_  
 Fecha