

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) 475-5300
CATHOLIC MUTUAL GROUP 2724 Waterman Ave Ste. J, San Bernardino, CA 92404-4641 (909) 886-6001
Office of Ministry with Young Catholics 1201 E. Highland Ave, San Bernardino, Ca 92404-4641 (909) 475-5167

EVENT INFORMATION

Event World Youth Day Pilgrimage and Events

Location: Cartago, Costa Rica
Panama City, Panama

****Please check one:**
 Adult (18 and older)
 Youth (under 18)

Phone: 909-475-5167

Date & Time of Activity: January 17-28, 2019

Cost: \$3,000.00 plus transportation fee \$130

(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: Brenda Noriega (559) 704-5354 and the Diocesan Team 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 Roman Catholic Bishop of San Bernardino, its leaders, employees and volunteers** liable for damages, losses, diseases, or injuries incurred by the subject of this form.

MEDICAL LIABILITY

CONDUCT

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.

PHOTO

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.

PERMISSION

Parent/ Guardian Signature Required _____
 for minors under 18 Date

Signature of Participant Required _____
 (Youth or Adult) Date

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) 886-6001
Oficina de Pastoral con Juventud Católica 1201 E. Highland Ave, San Bernardino, Ca 92404-4641 (909) 475-5167

Información de evento	<p>Evento: Jornada Mundial de la Juventud Peregrinaje y Eventos</p> <p>Lugar: Varios Lugares en Cartago, Costa Rica **Por favor marque uno: Varios Lugares en la ciudad de Panamá, Panamá <input type="checkbox"/> Adulto (mayor de 18 años) <input type="checkbox"/> Joven (menor de 18 años)</p> <p>Teléfono: 909-475-5167</p> <p>Fecha y horario de la actividad: 17-28 de Enero del 2019</p> <p>Costo: \$3,000.00 más cuota de transportación de \$130</p>
Consentimiento de tratamiento	<p>(Por favor escriba en letra de molde)</p> <p>Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____</p> <p>Nombre del padre/ madre: _____ # de teléfono: _____ Celular o trabajo: _____</p> <p>En caso de una emergencia favor de llamar a: _____ # de teléfono: _____</p> <p>Doctor de la familia: _____ # de teléfono: _____</p> <p>Compañía de seguro: _____ Numero de póliza: _____</p> <p>Alergias/ problemas médicos/ incapacidad: _____</p> <p>¿Su hijo está tomando algún medicamento con o sin receta médica? Escriba claramente _____ (Si es necesario use otra hoja de papel).</p> <p>Por favor indique si su hijo/a es alérgico a algún medicamento o comida: _____ (Si es necesario use otra hoja de papel).</p>
Código de Conducta	<p>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.</p> <p>Entiendo que todas las precauciones de seguridad estarán en efecto a todo momento por <u>Brenda Noriega (559) 704-5354</u> y el equipo diocesano 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 The Roman Catholic Bishop of San Bernardino, a sus líderes, empleados y voluntarios por daños causados, perdidas, enfermedades, o heridas incurridas por el sujeto mencionado en esta forma.</p>
Fotografía	<p>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.</p>
Permiso	<p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> Yo NO autorizo que se le tomen fotos, videos o cualquier clase de grabación a mi hijo/a.</p>
	<p>_____ Firma del Padre/ Guardián es requerida para menores de 18 años _____ Fecha</p> <p>_____ Firma del Participante (Joven o Adulto) _____ Fecha</p>