

Penn Campus
Preschool through 3rd grade
7540 Penn Avenue South
Richfield, MN 55423
(612) 866-6906



Nicollet Campus
4th through 8th grades
6720 Nicollet Avenue South
Richfield, MN 55423
(612) 869-5200

AUTORIZACIÓN Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES/TUTORES PARA EVENTOS ATLÉTICOS Y DEPORTIVOS

Nombre del participante _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Dirección residencial: _____

Teléfonos: _____

Yo, _____, doy permiso a mi hijo/a, _____,
Nombre de padre, madre o tutor Nombre de participante

para participar en las actividades de Blessed Trinity Catholic School que pueden requerir el transporte a un lugar lejos de la escuela. Esta actividad se llevará a cabo bajo la orientación y dirección de los empleados y/o voluntarios de Blessed Trinity Catholic School. A continuación, breve descripción de la actividad:

Actividad _____ Lugar: varios

Personas responsables: Lisa Caron, Matt Miller y entrenadores voluntarios

Duración de la actividad: temporada deportiva de otoño Medio de transporte al/del evento: No provisto

Como padre y/o tutor legal, yo seguiré siendo legalmente responsable por cualquier acción personal realizada por el menor ("participante") antes mencionado. Estoy de acuerdo a nombre propio, a nombre de mi hijo o nuestros herederos, sucesores, y cesionarios, en defender a Blessed Trinity Catholic School, a sus oficiales, directores, agentes, entrenadores, acompañantes, o representantes asociados de la (Archi)Diócesis en la eventualidad, que surja de o en conexión con la asistencia de mi hijo al evento o en conexión con un enfermedad, herida o gasto por tratamiento médico en relación con la misma; y estoy de acuerdo compensar a la parroquia, sus oficiales, directivos y agentes; y a Blessed Trinity Catholic School, la (Archi)Diócesis, entrenadores, acompañantes, o representantes asociados con la actividad por honorarios y gastos de abogado que surjan en conexión con el evento.

Firma: _____ Fecha: _____

Continúe completando el reverso de este formulario. Los niños no podrán participar hasta que el formulario esté completamente lleno.

ASUNTOS MÉDICOS: Por la presente, garantizo que a mi mejor conocimiento, mi hijo/a está bien de salud, y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo/a.

Información Médica Específica: Blessed Trinity Catholic School tendrá un cuidado razonable en mantener la siguiente información de manera confidencial.

Reacciones Alérgicas a (medicamentos, alimentos, plantas, insectos, etc.): _____

Inmunizaciones: Fecha de la última vacuna de tétano/difteria: _____

¿El estudiante lleva alguna dieta recetada médicamente? _____

Indique alguna limitación física _____

¿El estudiante ha estado expuesto recientemente a alguna enfermedad contagiosa tales como paperas, varicela, sarampión, etc.? Si es así, indique fecha y enfermedad _____

Indique alguna condición médica se su hijo/a de la que debemos tener conocimiento. _____

*(De las siguientes declaraciones que pertenecen a asuntos médicos *, sólo firme aquellas que apliquen.)*

***Tratamiento médico de emergencia:** En la eventualidad de una emergencia, por la presente doy permiso para transportar mi hijo/a a un hospital para el tratamiento médico de emergencia o quirúrgico. Deseo que se aconseje antes de cualquier tratamiento por parte del hospital o personal médico. En el evento de una emergencia, si no puede ponerse en contacto conmigo, comuníquese con:

Nombre y relación: _____ Teléfono: _____

Médico familiar: _____ Teléfono: _____

Compañía de seguro médico: _____ Número de póliza: _____

Firma: _____ Fecha: _____

***Otro tratamiento médico:** En la eventualidad que llegue a la atención de Blessed Trinity Catholic School, sus oficiales, directivos y agentes, entrenadores, acompañantes o representantes asociados con la (Archi)Diócesis con la actividad, que mi hijo se enferma con síntomas tales como, dolor de la cabeza, vómitos, dolor de garganta, fiebre, diarrea, etc., deseo que me llamen a la brevedad.

Firma: _____ Fecha: _____

***Medicamentos:** Al presente, mi hijo/a está tomando medicamentos. Mi hijo/a traerá todas los medicamentos necesarios y los mismos estarán bien identificados y etiquetados. El nombre de los medicamentos, las instrucciones concisas, para asegurar que el niño toma tales medicamentos, incluyendo la dosis y frecuencia, son los siguientes: _____

Firma: _____ Fecha: _____

***Ningún medicamento** de cualquier tipo, con o sin receta, podrá ser administrado a mi hijo/a a menos que la situación sea peligrosa para la vida y el tratamiento sea requerido de emergencia.

Firma: _____ Fecha: _____

***Por la presente autorizo** a que se le administre a mi hijo/a medicamentos sin receta (productos que no contengan aspirina, como paracetamol o ibuprofeno, pastillas para la garganta, jarabe para la tos, etc.), si se considera apropiado.

Firma: _____ Fecha: _____