

Diocesis de San Agustin
Permiso de los Padres y Liberacion de Responsabilidad
Ministerios y Organismo

Nombre del Niño(a) : _____

Nombre del Padre o Tutor Legal: _____

Nombre de la Diocesis : _____

Nombre del Programa: _____

Fecha de Comienzo: _____

Fecha de Finalizacion: _____

Lista de alergias que tiene el niño (a): _____

Nombre del Doctor: _____ Telefono: _____

Para que el niño (a) mencionado arriba se les permita participar en este programa, y otra consideración de valor, el padre, tutor o representante legal, en nombre del niño y sus padres, representantes personales, cesionarios, herederos y próxima familiares, por la presente puesta en libertad y eximir de responsabilidad a la Diócesis de San Agustín, Victor B. Galeone, como obispo de San Agustín, una única empresa, el obispo Victor B. Galeone, de forma individual, y la entidad diocesana arriba mencionado, todos los organizadores de este programa, todos los voluntarios, acompañantes, empleados y agentes de dichas partes, sus representantes personales o cesionarios, de cualquier pérdida o daños a causa de cualquier perjuicio a la persona o los bienes personales del niño o la muerte causada por negligencia u otra , mientras que dicho niño está involucrado en el programa, las actividades del programa, y mientras son transportados hacia y desde el programa mencionado. El firmante está de acuerdo en que esta liberación, renuncia y acuerdo de indemnización está destinada a ser tan amplio e inclusivo de lo permitido por las leyes del Estado de Florida, y que si alguna parte de este Acuerdo no válida, se ha acordado que el resto, No obstante, continuará en plena fuerza legal y efecto. El firmante, padre, tutor o representante legal, además reconoce que él / ella está autorizado a entrar en este Acuerdo en nombre de la niña y sus padres, representantes personales, cesionarios, herederos y familiares.

Asimismo, autorizo a cualquier representante de este programa para obtener tratamiento médico para mi hijo en el improbable caso de una lesión o enfermedad durante este programa y me comprometo a pagar todos los gastos efectuados para tal tratamiento.

(Firma del Padre / Guardian /Representante) (Nombre del Padre / Guardian / Representante)

Telefono de la Casa: _____ Telefono del Trabajo: _____ Celular: _____

Date :

HR 10/2008