



**Forma de Permiso de los Padres
(Para participantes menores de 18 años)**

Estimado padre o tutor legal:
Su hijo(a) es elegible para participar en la siguiente actividad patrocinada por la Arquidiócesis:

Día del Monaguillo con los Tigres

Si desea que su hijo o hija participe en el día del Monaguillo con los Tigres, llene, firme y devuelva esta forma de consentimiento y liberación de responsabilidad. Como padre o tutor legal, usted es totalmente responsable de cualquier responsabilidad legal que resulte de cualquier acto del estudiante mencionado en esta forma.

¿Hay alguna necesidad médica específica de la cual el administrador deba estar informado?

No Si, por favor explique:

Yo otorgo mi consentimiento para que nuestro (mi) hijo(a) (escriba su nombre) _____
participe el día del Monaguillo con los Tigres el: *15 Agosto de 2019*.

Entiendo que este evento tendrá lugar en **el Seminario Mayor del Sagrado Corazón y en el Parque Comerica**. Al dar mi consentimiento para que mi hijo o hija participe en este evento, por este medio, acepto indemnizar en caso necesario y libero de toda responsabilidad a:

El Seminario Mayor del Sagrado Corazón, la Arquidiócesis Católica Romana de Detroit, todas y cada una de las organizaciones afiliadas, sus empleados, agentes, representantes, voluntarios y conductores, de todos y cada uno de los reclamos que yo, o mi hijo/hija y/o cualquier familia miembro pueda tener, excluyendo reclamaciones por mala conducta intencional, que surjan o estén relacionados con la participación de mi hijo en este evento.

Autorizo al **Seminario Mayor del Sagrado Corazón** y a la **Oficina de Vocaciones Sacerdotales** de la **Arquidiócesis Católica Romana de Detroit**, para obtener el tratamiento médico necesario para mi hijo en caso de enfermedad, lesión o accidente.

Firma del Padre/ Madre/Tutor Legal

Fecha

Nombre del Padre/ Madre/Tutor Legal

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Información de teléfono(s) que se puede llamar durante este evento: (____) _____ (____) _____
(Casa/Trabajo) (Celular)

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO DE SU HIJO(A):

Nombre de la Compañía de Seguro: _____ # de Póliza _____
Grupo: _____ Contrato _____

POR FAVOR LLENE ESTA FORMA, FÍRMELA Y REGRÉSELA CON SU HIJO(A) AL LÍDER DEL GRUPO DE SU PARROQUIA.

UNLEASH THE GOSPEL