

**FORMULARIO DE AUTORIZACION DE LA DIOCESIS DE ORLANDO PARA EXCURSIONES
Y PARA LA EXENCION DE RESPONSABILIDAD PARA (insertar el nombre de la ESCUELA /
PARROQUIA)**

Yo soy el padre/la madre/guardián de _____, y doy mi autorización para que mi hijo/hija viaje en _____ (MODO DE TRANSPORTE) para asistir a la excursión a _____ (“el evento”) el _____ (FECHA). Reconozco que la (ESCUELA/PARROQUIA) es responsable por el transporte desde la propiedad de la Iglesia hasta el evento solamente, y que yo tengo que llevar a mi hijo/hija a la (ESCUELA/PARROQUIA) y recoger a mi hijo/hija después del evento. Mi hijo/hija también tiene que acatar las reglas y los procedimientos de la excursión (DE LA ESCUELA/PARROQUIA). Al dar esta autorización, yo también renuncio a cualquier reclamación en contra de, y eximo y considero inocente a la (ESCUELA/PARROQUIA) de la Diócesis de Orlando, y a cualquiera de sus religiosos, empleados, voluntarios, agentes, y representantes de cualquier daño que le ocurra a mi hijo/hija mientras participa en la excursión.

En caso de que mi hijo/hija requiera tratamiento médico o transporte para atención médica, la ESCUELA/PARROQUIA tratará de ponerse en contacto conmigo en el número/los números que aparecen más abajo. Si no pueden comunicarse conmigo, la (ESCUELA/PARROQUIA) puede ponerse en contacto con la persona designada para casos de emergencia en el número/los números que aparecen más abajo. Si los chaperones, voluntarios, u otros supervisores adultos no pueden ponerse en contacto con la persona designada para casos de emergencia, yo los autorizo para tomar las medidas apropiadas para proveer cuidado y tratamiento para mi hijo/hija, para transportar a mi hijo/hija a la sala de emergencia o a la consulta de un médico más cercana, o a llamar un servicio de ambulancia paramédica de emergencia.

Firma del Padre/Madre/Guardián _____ Fecha _____

Padre/Madre/Guardián (Nombre en Letra de Imprenta)

Números de Teléfonos:

Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Contacto de Emergencia (Nombre en Letra de Imprenta)

Números de Teléfono:

Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Mi hijo/hija esta cubierto/a por el siguiente seguro médico:

Nombre de la Compañía de Seguro: _____ Grupo # _____

Alergias: _____

Enfermedades Crónicas/Agudas: _____