

EXCELLENTE GRAN MUNDO hermoso

Pan de Vida Familia de Parroquias : St. Helen, St. Anthony, St. Marys, Holy Angels, Immaculate Conception

2025 Campamento Biblico

Grados: K – 5th

Lugar: Iglesia St. Helen 605 Granville Place, Riverside, OH 45431

Fecha: Julio 7-11 | 9am–12pm

Costo: \$25/niño o \$65/familia

¿Preguntas? Contactarse con Heidi Acuña: heidiacuna@icparishdayton.org o 937-252-9919

Regístrese con esta hoja y entregarla en la canasta de colección o en la oficina de la Santa María, la Inmaculada o la escuela de la Inmaculada con pago en cheque o cash. o en línea:

<https://membership.faithdirect.net/events/org/OH790>

Información de la Familia



Nombre(s) del los padres: _____

Dirección de la casa: _____

Número (s) de teléfono: _____

Dirección del correo electrónico: _____

Parroquia: _____

Alguna familiar tiene interés en ser voluntario en el campamento? Si! Por favor contactarse conmigo

Información de los niños / Voluntarios jóvenes

| Nombre completo | Grado de escuela (2025-2026) | Fecha de Nacimiento | Alergias / Condiciones médicas |
|-----------------|------------------------------|---------------------|--------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Contacto de emergencia: *(En el caso de una emergencia, se hará todo lo posible para comunicarse primero con los padres. El contacto de emergencia a continuación debe ser alguien que no sea los padres mencionados anteriormente)*

Nombre: _____ Relación con el/los niño(s): _____ Teléfono Número (s): _____

POR FAVOR LLENAR Y FIRMAR EL PERMISO EN EL OTRO LADO DE ESTA HOJA->

Office use only: Date received: _____ Received by: _____ Payment: _____ Method: _____

ARQUIDIÓCESIS DE CINCINNATI SOLICITACION DE PERMISO, LIBERACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, el padre con custodia/tutor legal de los “Niño/Niña”, doy permiso para que mi Hijo/Hija participe en la actividad descrita en el *Formulario de Información de Actividad* (la “Actividad”) y libero de toda obligación, indemnizar y eximir de responsabilidad Our Lady of the Immaculate Conception, St. Heeln, St. Antony, Holy Angels (“Parroquia y Escuela”), St. Marys, la Arquidiócesis de Cincinnati (la “Arquidiócesis”) del Arzobispo de Cincinnati (el “Arzobispo”), y todos sus agentes, representantes, voluntarios y empleados de cualquier responsabilidad, reclamos, juicios, daños, costos y gastos, incluidos los honorarios de abogados, que surjan de cualquier lesión, enfermedad, enfermedad infecciosa y/o contagiosa (como SARM, gripe o COVID-19), o la muerte, (incluyendo cualquier lesión, enfermedad infecciosa o la muerte causada por la negligencia de la Parroquia y la Escuela, el Arzobispo, la Arquidiócesis, cualquier parroquia o escuela dentro de la Arquidiócesis, o cualquiera de sus agentes, representantes, voluntarios o empleados) incurridos por mi Hijo/Hija mientras participaba en la Actividad, viajaba hacia o desde la Actividad, o mientras usaba las instalaciones y el equipo de la Parroquia y la Escuela. Además, acepto no presentar, enjuiciar o permitir que se presenten o enjuicien (incluyendo, pero no limitado a, procesamiento a través de la subrogación) en mi nombre, o en nombre de mi Hijo/Hija, cualquier reclamo, demanda o acción contra la Parroquia y la Escuela, el Arzobispo, la Arquidiócesis, todas las parroquias y escuelas dentro de la Arquidiócesis, o sus agentes, representantes, voluntarios y empleados.

Entiendo que la participación de mi Hijo/Hija en la Actividad es puramente voluntaria y es un privilegio y no un derecho, y que mi Hijo/Hija y yo, en nombre de mi Hijo/Hija, estoy de acuerdo con la participación de mi Hijo/Hija en la Actividad a pesar de los riesgos de lesiones, enfermedades, enfermedades infecciosas y/o transmisibles (como SARM, gripe o COVID-19), y la muerte. Estoy de acuerdo en que si mi Hijo/Hija tiene problemas de salud subyacentes que pueden ponerlo en mayor riesgo de contraer COVID-19 o que posiblemente aumentaría la gravedad de la enfermedad si COVID-19 es adquirido, entonces mi hijo/hija y yo consultaremos con un profesional de la salud antes de que participe en la actividad.

Acepto instruir a mi Hijo/Hija para que coopere con los agentes de la Parroquia y la Escuela y/o la Arquidiócesis que están a cargo de la Actividad.

Autorizo a los agentes de la Parroquia y la Escuela y/o de la Arquidiócesis que actúan como líderes de la Actividad a buscar tratamiento médico para mi Hijo/Hija en caso de cualquier lesión, enfermedad o emergencia médica durante la Actividad o viaje relacionado. Entiendo que los agentes de la Parroquia y la Escuela y/o la Arquidiócesis harán un intento razonable de ponerse en contacto conmigo tan pronto como sea posible en caso de una emergencia médica que involucre a mi hijo/hija.

Por favor indique. Yo estoy de acuerdo no estoy de acuerdo que la Parroquia y Escuela y/o la Arquidiócesis puedan usar el retrato o fotografía de mi Hijo/Hija con fines promocionales, sitio web y funciones de oficina.

Por favor indique. Yo estoy de acuerdo no estoy de acuerdo que la Parroquia y Escuela y/o la Arquidiócesis pueden usar las redes sociales y la tecnología para comunicarse con mi hijo/hija con respecto a las actividades del ministerio relacionado con la parroquia/escuela.

Este Permiso, Liberación y Autorización está destinado a ser tan amplio e inclusivo como está permitido por la ley del Estado de Ohio, y si alguna parte del presente es declarado inválido, se acuerda que el saldo continuará, de todas formas, en pleno vigor y efecto legal. Este Permiso, Liberación y Autorización se interpretará de acuerdo con las leyes del Estado de Ohio, excluyendo, e independientemente de, cualquier elección de principios legales en sentido contrario.

La Parroquia y Escuela, la Arquidiócesis, el Arzobispo y sus agentes, empleados y voluntarios no tendrán responsabilidad alguna en caso de que la Actividad sea cancelada debido, en su totalidad o en parte, a cualquier pandemia, epidemia, enfermedad o enfermedad generalizada, preocupación de salud pública o circunstancias que surjan de ella, o de las acciones tomadas por cualquier autoridad gubernamental o municipal para prevenir, evitar o mitigar sus impactos.

He leído cuidadosamente, entiendo y acepto los términos y condiciones aquí establecidos y reconozco y acepto que este Permiso, Liberación y Autorización para Buscar Tratamiento Médico será efectivo y vinculante para mí, mi Hijo/Hija y nuestros representantes personales, patrimonios, asignados, herederos y parientes mas cercanos. He firmado a continuación por mi propia voluntad.

Firma del Padre con Custodia/Tutor Legal: _____

Información médica (MANDATORIA)

Completado por el Padre o Tutor — Imprima por favor

Todas las alergias: (por favor indicarlas en la información de sus hijos/ hijas) _____

Medicamentos: _____

Condiciones crónicas (por ejemplo, epilepsia, diabetes): _____

Proveedor de atención médica primaria: _____ Número de teléfono: _____

Compruebe aquí si hay otra información relevante con respecto a su hijo (es decir, trastorno de aprendizaje, comportamiento, circunstancia familiar) que le gustaría ser llamado por el punto de contacto de este programa para discutir más.