



St. Martha Catholic Church
 444 N. Azusa Ave., Valinda, CA 91744

ACTIVITY PERMISSION FORM

Participant's Name: _____ DOB: _____ Gender: M() F()

**“FORTRESS”, SUMMER RECOLLECTION, WILL BE HELD AT ST. MARTHA CHURCH
 ON SEPTEMBER 25, 2020 FROM 6:00 PM TO 10:00 PM, COST: \$20.00**

I request that my child be permitted to participate in the above activity, I am not aware of any physical or medical condition my child has that would prevent my child for participating fully in this activity. My child has the following medical needs, allergies or dietary restrictions: _____

If my child needs to take medication while participating in this activity, I hereby give my child permission to self-administer his/her medication in accordance with the Medication Authorization and Permission Form, and, if my child cannot self-administer, I give permission to the responsible staff member or chaperones to administer or to assist in the administration of my child's medication. I also give permission to the responsible staff member, chaperones, medical practitioners, and medical facilities to use their judgement in obtaining and providing medical treatment for my child should it become necessary to do so. I understand that health insurance benefits through St. Martha, if any, may have limited application, and that I am entirely responsible for the cost of all medical treatment provided to my child. I agree to reimburse St. Martha for the cost of any medical treatment and related expense incurred.

Release of Liability: as a condition of participating in this activity, I hereby hold harmless, release and discharge The Roman Catholic Archbishop of Los Angeles, a corporation sole, Archdiocese of Los Angeles Education and Welfare Corporation and St. Martha, their respective agents and employees and any parent/volunteer/chaperone, from any and all liability, loss or claims for personal injuries, wrongful death or property damage that I or my child may suffer as a result of participation in the activity described above.

Parent/Guardian Name	Home Phone	Cell Phone	Work Phone
----------------------	------------	------------	------------

Address	City	Zip Code
---------	------	----------

Health Insurance Company	Policy #	Phone
--------------------------	----------	-------

PERSON TO NOTIFY IN CASE OF EMERGENCY IF PARENT/GUARDIAN IS UNAVAILABLE:

Name	Phone	Relationship
------	-------	--------------



St. Martha Catholic Church
444 N. Azusa Ave., Valinda, CA 91744

AUTORIZACION DE ACTIVIDAD JUVENIL

Nombre del Participante: _____ FDN: _____ Género: M() F()

**“FORTALEZA”, RECOLECCIÓN DE VERANO, SERA EN LA IGLESIA DE STA. MARTHA
EL 25 DE SEPTIEMBRE DEL 2020 DE 6:00 PM A 10:00 PM, CUOTA: \$20.00**

Yo autorizo que mi joven participe en la actividad descrita anteriormente, Soy consciente de que mi joven no sufre de ninguna condición médica que le impida que participe plenamente en esta actividad. Mi joven tiene las siguientes necesidades médicas, alergias o restricciones dietéticas: _____

Si mi joven necesita tomar algún medicamento mientras participa en esta actividad, yo autorizo a mi hijo para que se auto-administre su medicamento de acuerdo con el “Formulario de Autorización y Permiso de Medicamentos, y si mi joven no puede auto-administrarse, yo autorizo a los miembros del personal o chaperones responsables, de administrar o ayudar con los medicamentos de mi joven. También autorizo a los miembros del personal responsable, chaperones, médicos e instalaciones médicas para que utilicen su criterio para obtener y brindar tratamiento médico a mi joven si este afuera necesario. Entiendo que los beneficios del seguro de salud a través del lugar, si los hay, pueden estar limitados, y entiendo que soy totalmente responsable del costo de todo tratamiento médico proporcionado a mi joven. Yo acepto reembolsar al lugar el costo de cualquier tratamiento médico y los gastos incurridos.

Liberación de Responsabilidad: como una condición para participar en esta actividad, por medio de la presente libero y exonero al “Obispo Católico Romano de Los Angeles”, una corporación única, a la Corporación de Educación y Bienestar de la Arquidiócesis de Los Ángeles, y a Sta. Martha y sus respectivos agentes, empleados y/o a cualquier padre/voluntario/acompañante, de toda responsabilidad, pérdidas o reclamos por lesiones personales, muerte injusta o danos a la propiedad que yo o mi joven puedan sufrir como resultado de la participación en la actividad descrita anteriormente.

Padre / Guardián	Teléfono de Casa	Celular	Teléfono de Trabajo
Domicilio		Ciudad	Zona Postal
Compania de Seguro Medico		# de Poliza	Teléfono

EN CASO DE EMERGENCIA SI LOS PADRES/GUARDIAN NO ESTAN DISPONIBLES, NOTIFICEN A:

Nombre	Teléfono	Relación
--------	----------	----------