

Diocese of Kansas City – St. Joseph

Participation Form for Youth Ministry Events

(Please Print)

I. Event Information

Parish/School/Organization Name: _____

Event: _____

Destination: _____

Date/Time of Departure: _____ Date/Time of Return: _____

Method of Transportation: _____ Participation Cost: _____

I. Participant Information

Name of Participant: _____

Gender: _____ Date of Birth: _____

Name of Parent/Guardian: _____

Home Telephone: _____ Mobile: _____ Work: _____

Other Contacts in case of illness or injury:

Name/Phone: _____

Name/Phone: _____

III. Participant Health Information (Required only for events more than 6 hours in duration)

Are you in general good health and able to participate in normal activities? ____ Yes ____ No

If No, describe your limitations: _____

Identify any over-the-counter medications you will be bringing to the event: _____

All immunizations up to date? ____ Yes ____ No

Physician's Name/Telephone: _____

Participant's Health Insurance Provider: _____

Policy or Group# _____

Primary Policyholder's Name : _____

Optional Information (provide to the extent you feel is appropriate):

Identify any prescription medications you are taking, and frequency of dosage: _____

Identify any special dietary restrictions: _____

Allergies, diseases, disorders, disabilities, surgeries or serious injuries: _____

IV. Permission of Parent/Guardian

I/We, the parent(s)/guardian(s) of _____, request that he/she be allowed to participate in the Event described above, and hereby give my/our permission for such participation.

I/We give my/our permission to the sponsoring Diocese/Parish/School/Organization to take photographs, video or digital images of Participant during the Event for future promotional purposes.

V. Consent for Disclosure to Individual Involved in the Care and Treatment of Participant

For the duration of the Event, I/We grant to the Diocese/Parish/School/Organization and its agents the following powers, to be used for the benefit of and on behalf of Participant (check all that apply):

_____ to receive any and all individually identifiable health information about the past, present and future medical condition of Participant, including, but not limited to, information necessary to the care and treatment of Participant and any illness or injury Participant may have sustained;

_____ to authorize medical care for Participant, including, but not limited to, any and all treatment, examination, diagnosis or outpatient medical care rendered under the general or special supervision of and on the advice of any physician or surgeon licensed to practice medicine by the applicable licensing body in the state in which physician or surgeon practices.

I/We understand that the Diocese/Parish/School/Organization will not be liable to me/us or any or my/our successors in interest for any action taken or not taken in good faith.

I/We consent to the logistics and conditions described above, including the method of transportation.

I/We understand that as parent(s) or legal guardian(s) I/we may be responsible for any liability which may result from the conduct of Participant at or during the Event.

I/We understand that there is a risk of injury involved in any Youth Ministry activity. I/We hereby release the Diocese of Kansas City-St. Joseph, and its officers, agents, employees and volunteers, from any liability arising from claims of any kind or nature whatsoever in connection with Participant's participation in the Event.

Signature of Parent/Guardian

Date

Signature of Parent/Guardian

Date

Forms will be kept on file in the Office of Youth Ministry for a period of one year following the Event.

Forma para participación en eventos del Ministerio de la Juventud

(Por favor llene los espacios en blanco)

Información sobre el Evento:

Nombre Completo: _____

Nombre de la Iglesia/Escuela u Organización: _____

Evento: _____

Destino: _____

Fecha/Hora de Partida: _____ Fecha/Hora de Retorno: _____

Medio de Transporte: _____ Costo por Participante: _____

¿Ha cambiado su información de seguro? Sí No (En caso afirmativo, por favor llene el otro lado)

Permiso de los Padres o del Guardián:

Yo/Nosotros, el (los) Padre (s) de _____, solicitamos que le sea permitido participar en el evento arriba mencionado, y, autorizamos su participación en el mismo. Yo/Nosotros, doy (damos) me (nuestro) permiso al (los) Patrocinadores de la Diócesis/Iglesia/Escuela u Organización para tomar fotografías, video o imágenes digitales de el (ella) durante el evento para propósitos promocionales en el futuro. Por la duración del evento, Yo/ Nosotros, otorgamos a la Diócesis/Iglesia/Escuela u Organización y sus agentes los siguientes poderes, para ser usados en beneficio y a favor de Participante (Señale todo lo que apliqué):

_____ para recibir alguna o toda la información de salud disponible acerca de la pasada, presente y future condición médica del Participante, incluida pero no limitada a la información necesaria para el cuidado y tratamiento del Participante y a alguna enfermedad o lastimadura que el Participante pueda haber tenido;

_____ para autorizar cuidado médico para el Participante, incluido pero no limitado a algún tratamiento, examen, diagnóstico o cuidado médico bajo la supervisión especial o general y por consejo de algún médico o cirujano debidamente licenciado y autorizado para practicar medicina en el estado en el cual dicho médico o cirujano practica

Yo entiendo/ Nosotros entendemos, que la Diócesis/Iglesia/Escuela u Organización no será responsable conmigo (con nosotros), o algún, o mis (nuestros) sucesores, por alguna acción tomada o no tomada en buena fe.

Yo doy el/ Nosotros damos nuestro, consentimiento para las condiciones y logística del evento arriba descrito, incluyendo el medio de transporte.

Yo entiendo/ Nosotros entendemos, que como padre (s) o guardián legal, podría (podríamos) ser responsable(s) por alguna deuda la cual podría resultar de la conducta del Participante en o durante el evento.

Yo entiendo/ Nosotros entendemos que hay un riesgo de lastimarse cuando se esta envuelto en alguna actividad del Ministerio de la Juventud. Yo/ Nosotros liberamos a la Diócesis de la Ciudad de Kansas City ~ San José, y a sus representantes oficiales, agentes, empleados y voluntarios, de toda responsabilidad que resulte de reclamos de alguna clase en conexión con la participación del Joven/ la Joven en el evento.

Firma del (los) Padre (s)/ Guardián

Fecha

Firma del (los) Padre (s)/ Guardián

Fecha

Estas formas serán mantenidas en archivo en la Oficina del Ministerio de la Juventud por un período de un año después de la fecha del evento.

(Por favor llene los espacios en blanco)

Información sobre la Salud del Participante:

Nombre Completo: _____

Género: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de los Padres/o Tutor: _____

Teléfono en casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Personas para contactar en caso de enfermedad o accidente:

Nombre Completo y Teléfono: _____

Nombre Completo y Teléfono: _____

¿Es su salud Buena en general y es capaz de participar en actividades normales? Sí No

Si su respuesta es No, Por favor describa sus limitaciones: _____

Identifique claramente cuáles medicinas estará trayendo al evento: _____

¿Tiene todas sus vacunas a la fecha? Sí _____ No _____

Indique Nombre y Teléfono de su Doctor: _____

Indique el Nombre de su Proveedor de Seguro Médico: _____

Indique el Número de su Póliza Médica: _____

Indique a nombre de quién esta la Pólize Médica: _____

Información Opcional (Proporcione esta información, si usted piensa que puede ser útil)

Identifique alguna prescripción médica que esté tomando actualmente y la dosis:

Identifique alguna restricción especial en su dieta, si la hay: _____

Identifique: Alergias, enfermedades, desórdenes, discapacidades, cirugías o lastimaduras serias:

Estas formas serán mantenidas en archivo en la Oficina del Ministerio de la Juventud por un período de un año después de la fecha del evento.