

---

---

## CHURCH/SCHOOL EVENT PERMISSION FORM FOR STUDENT/YOUTH

---

---

### TO BE COMPLETED BY SPONSORING CHURCH OR SCHOOL

Event \_\_\_\_\_ Location \_\_\_\_\_  
Church or School \_\_\_\_\_  
Date of Event \_\_\_\_\_ Departure date \_\_\_\_\_  
Departure time \_\_\_\_\_ Return date \_\_\_\_\_  
Estimated time of return \_\_\_\_\_ Mode of transportation \_\_\_\_\_

### TO BE COMPLETED BY PARENT/LEGAL GUARDIAN

I, \_\_\_\_\_ the undersigned, give my permission for \_\_\_\_\_  
(Parent/Legal Guardian) (Child)  
to take part in the above off premises event and authorize the Church/School to provide transportation to and from this event.

I also authorize the Church/School and its employees or chaperones to secure any and all necessary medical services for my child in the event of an accident or illness. Further, I agree to be solely responsible for payment for those services.

Child's name \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_ Sex  Male  Female  
Allergies (foods, drugs, insects, etc.) \_\_\_\_\_  
Medications (name, dosage, reason) \_\_\_\_\_  
Other information (injuries, special needs, etc.) \_\_\_\_\_  
Insurance carrier \_\_\_\_\_ Group or ID# \_\_\_\_\_

***Person(s) to notify in case of an emergency:***

Name \_\_\_\_\_ Phone 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Phone 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Phone 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_  
Family physician \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

---

---

**THIS FORM TO BE KEPT ON FILE BY CHURCH/SCHOOL FOR THREE YEARS**

---

---

**PARROQUIA/ESCUELA**  
**FORMULARIO DE PERMISO PARA PARTICIPAR EN UN EVENTO**  
**PARA ESTUDIANTES/JÓVENES**

**PARA SER COMPLETADO POR LA PARROQUIA O ESCUELA PATROCINADORA**

Evento \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_  
Parroquia o Escuela \_\_\_\_\_  
Fecha del Evento \_\_\_\_\_ Fecha de salida \_\_\_\_\_  
Hora de salida \_\_\_\_\_ Fecha de regreso \_\_\_\_\_  
Tiempo estimado de regreso \_\_\_\_\_ Medio de transporte \_\_\_\_\_

**PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE DE FAMILIA/GUARDIAN LEGAL**

Yo, \_\_\_\_\_ el abajo firmante, doy mi permiso para que \_\_\_\_\_  
(Padre/Guardián Legal) (Niño/a)  
forme parte del evento anteriormente citado y autorizo a la Parroquia/Escuela a proveer transporte de ida y vuelta para este evento.

Yo, también, autorizo a la Parroquia/Escuela y a sus empleados o chaperones a procurar cualquier y todos los servicios médicos necesarios para mi niño/a en caso de un accidente o de enfermedad. Aún más, concuerdo en ser el único responsable de pago para esos servicios.

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  Mas.  Fem.

Alergias (comidas, medicamentos, insectos, etc.) \_\_\_\_\_

Medicamentos (nombre, dosis, motivo) \_\_\_\_\_

Otra información (heridas, necesidades especiales, etc.) \_\_\_\_\_

Portador del seguro \_\_\_\_\_ Grupo o ID# \_\_\_\_\_

***Nombre de las personas a notificar en caso de una emergencia:***

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

Nombre del doctor de la familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de los Padres/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**LA PARROQUIA/ESCUELA DEBERA CONSERVAR ARCHIVADO ESTE**  
**EXPEDIENTE POR UN PERIODO DE TRES AÑOS**