

All Saints Catholic VBS
Medical Release Form

Name of event: **All Saints Parish Catholic Vacation Bible School**

I (we), the undersigned parent(s) or guardian(s) of _____
a minor, do hereby authorize adult volunteers of **All Saints Catholic Church** as agent(s) for
the undersigned, to consent to any medical or surgical care deemed advisable by any
accredited physician or surgeon in an approved emergency clinic or hospital.

I further release any liability, **All Saints Catholic Church** and any of its ministries or leaders
in the event of any accident en route, during and returning from the above mentioned event.
This agreement does not apply to claims for intentional misconduct or gross negligence.

Date signed _____

Parent/Legal Guardian (print) _____

Parent/Legal Guardian (sign) _____

Full Address _____

Phone: Home (____) _____ Cell (____) _____ Work (____) _____

Health Insurance Company _____

Policy or Group Number _____ Phone (____) _____

If parent/legal guardian is not available in an emergency, contact:

Name _____ Phone (____) _____

Please list any allergies. Include medications, foods, etc. _____

Does your child have any medical or special needs, including medications currently being used?

No _____ Yes _____ If yes, please explain. _____

Doctor's Name _____ Phone (____) _____

Dentist's Name _____ Phone (____) _____

Date of last tetanus shot _____ Birth date _____

Vacation Bible School de la Parroquia All Saints

Formulario de Autorización Médica

Nombre del Evento: **Vacation Bible School de la Parroquia All Saints**

Yo (Nosotros), el/los padre(s) o tutor(s) de _____

menor de edad, por la presente autorizo a los voluntarios de la **Parroquia All Saints** como agentes del suscrito, a dar su consentimiento para cualquier atención médica o quirúrgica que se considere conveniente por cualquier médico o cirujano acreditado en una clínica o hospital de emergencia aprobado.

Yo además libero a la **Parroquia All Saints** y cualquiera de sus ministros o líderes, de cualquier responsabilidad en el caso de cualquier accidente en el camino, durante y al volver del evento antes mencionado. Este acuerdo no se aplica a las reclamaciones por mala conducta intencional o negligencia grave.

Fecha _____

Nombre de uno de los Padres o Guardián Legal: (escriba) _____

Firma de uno de los Padres o Guardián Legal: _____

Dirección completa: _____

de Teléfono: Casa (____) _____ Celular (____) _____ Trabajo (____) _____

Nombre de la Aseguranza _____

Número y grupo de la Póliza _____ Teléfono (____) _____

Si los papas o el guardián legal no está disponible para una emergencia contacte a:

Nombre _____ Teléfono (____) _____

Por favor indique cualquier alergia. Incluya medicinas, comidas, etc. _____

¿Su niño tiene una necesidad médica o especial, incluyendo medicamento que actualmente este tomando?

No _____ Si _____ Si es si, por favor explique. _____

Nombre del Doctor _____ Teléfono (____) _____

Nombre del Dentista _____ Teléfono (____) _____

Fecha de la ultima vacuna del tétano _____ Fecha de nacimiento _____