

Excursión de los Monaguillos San Juan Evangelista



INSCRIPCIÓN

Cada participante debe completar un formulario de inscripción por separado.

NOMBRE: _____ EDAD: _____ ESTATURA: _____

Seleccione una opción a continuación:

- | | | | | |
|---|---|---------------|----|--------|
| <input type="checkbox"/> Monaguillo (Entrada, almuerzo, pabellón y autobús) | = | | \$ | Gratis |
| <input type="checkbox"/> Entrada para jóvenes (incluye almuerzo y pabellón) | = | \$50 | \$ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Entrada para adultos (incluye almuerzo y pabellón) | = | \$50 | \$ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Transporte en autobús (por persona) | = | \$5 | \$ | _____ |
| | | | | ===== |
| | | TOTAL: | \$ | _____ |
- Viajará por su cuenta (reunión en Water Wizz a las 9:45 a.m.)

(Efectivo, Venmo o cheque a nombre de: "St. John's Parish")



venmo

(Se requiere formulario de autorización; ver reverso)

PERMISO & INFORMACIÓN MÉDICA
CONSENTIMIENTO PARENTAL/LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ____ Altura: _____

Nombre del padre/guardián: _____

Dirección: _____ Celular: _____

Yo, _____ doyo permiso para que mi hijo(a), _____
Nombre del padre Nombre del niño

Participe en el evento parroquial que requiere transportación a un lugar fuera de la propiedad parroquial. Esta actividad será bajo la supervisión y dirección de la Parroquia San Juan Evangelista y/o sus voluntarios parroquiales.

Evento: **Excursión Juvenil al Water Wizz Water Park en Wareham, MA** Fecha del evento: **12 de agosto, 2026**
(Salida del parqueo en autobús @ 9AM; regreso apróx. 5PM) Persona a cargo: **Rev. Craig A. Pregana**

Como padre/guardián, me mantengo responsable legalmente de las acciones del menor arriba mencionado. Yo en mi nombre y en el nombre del niño, nuestros herederos, sucesores, y asignados en mantenernos inofensivos y defender a **Parroquia San Juan Evangelista**, sus oficiales, directores, empleados y agentes, y a la **Diócesis de Fall River**, sus empleados y agentes, chaperones, o representantes asociados al evento, de cualquier reclamo que surja de o en conexión con mi hijo que asiste al evento o en relación con una enfermedad o lesión (incluyendo la muerte) o el costo del tratamiento médico en relación con esto, acuerdo compensar a la parroquia, sus oficiales, directores y agentes, y a la Diócesis de Fall River, sus empleados, agentes y chaperones, o cualquier representante asociado con el evento por honorarios y gastos razonables con el evento que puedan incurrir en cualquier acción en su contra como resultado de dicha lesión o daño, a menos que tal reclamo surja de la negligencia de la Parroquia o de la Diócesis de Fall River.

INFORMACIÓN MÉDICA

(De las siguientes declaraciones médicas, firme sólo las que le apliquen.)

ASUNTOS MÉDICOS: Yo garantizo que, a mi mejor conocimiento, mi hijo disfruta de buena salud y acepto toda responsabilidad por la salud del mismo.

- **Tratamiento médico de emergencia:** En caso de emergencia, doy permiso para transportar a mi hijo a un hospital para recibir tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. Deseo ser avisado previamente antes de cualquier tratamiento adicional por el doctor o el hospital. En caso que no puedan contactarme a los números anteriores, comuníquese con:

Contacto de emergencia: _____ Relación con el niño: _____

Celular: _____ Doctor de la familia: _____ Teléfono: _____

Plan de Seguro Familiar: _____ Póliza #: _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____

- **Medicamentos:** Mi hijo está tomando medicación en el presente. Mi niño traerá consigo todos los medicamentos necesarios debidamente etiquetados. Nombres de los medicamentos y las instrucciones precisas para la toma de dicha medicación, incluidas la dosis y frecuencia, son las siguientes:

Medicación: _____ Dosis/Frecuencia: _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____

- Doy permiso para medicamentos sin recetas (tales como: productos sin aspirina *como acetaminofén o ibuprofen, pastillas para la garganta, jarabe para la tos*) para ser administradas a mi hijo, si es necesario.

• Firma: _____ Fecha: _____

- **Información médica específica:** Reacción alérgica (*medicamentos, alimentos, insectos, etc.*): _____

Fecha de la última vacuna de tétanos/difteria: _____ ¿Limitaciones físicas? _____

¿El niño tiene una dieta prescrita médicamente? _____

¿Ha estado el niño expuesto a alguna enfermedad o condición contagiosa? _____

Otras condiciones médicas especiales de mi hijo: _____

Firma: _____ Fecha: _____