

# Participation Form for Youth Ministry Events

(Please Print)

## Event Information

Name of Participant: \_\_\_\_\_

Parish/School/Organization Name: \_\_\_\_\_

Event: \_\_\_\_\_

Destination: \_\_\_\_\_

Date/Time of Departure: \_\_\_\_\_ Date/Time of Return: \_\_\_\_\_

Method of Transportation \_\_\_\_\_ Cost: \_\_\_\_\_

Has your insurance information changed?  Yes  No (If yes, please fill out the back side)

## 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.

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 for a period of one year following the event.*

(Please Print)

## Participant Health 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:

Are you in 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: \_\_\_\_\_

Are all immunizations up to date?  Yes  No

Physician's Name/Telephone: \_\_\_\_\_

Participant's Health Insurance Provider: \_\_\_\_\_

Policy or Group Number: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

*Forms will be kept on file for a period of one year following the event.*

# Forma Para Participacion 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 aplique):

\_\_\_\_\_ 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:

\_\_\_\_\_