

Jesus of Nazareth Retreat Center475 E. 57th Street, Brooklyn, NY 11203**Fax:** 347-710-0015 **Web:** www.jornadista.org

Reuniones en la Parroquia de la Transfiguracion/Meetings held at Transfiguration Parish

**Formulario De Consentimiento De Padres/Guardián Para Paseo / Parent Consent Form for Trips**

Nombre del Participante: _____

Participant Name:

Nombre del Padre/Guardián: _____

Parent/Guardian Name:

Grupo encargado del paseo: _____ Zona: _____

*Group Conducting the Trip:**Zone:*

Destinación del Paseo: _____

Trip Destination:

Fecha del Paseo: De: _____ Hasta: _____

*Trip Date: From:**To:*

Hora de Salida: _____ Hora Estimada de Regreso: _____

*Time of Departure:**Estimated Time of Return:*

Saldrán de: _____ Regresarán a: _____

*Departing From:**Returning to:*

Actividades del Paseo: _____

*Trip Activities:***Autorización del Padre o Guardián / Parent/Guardian Authorization**

Yo, como padre/guardián del participante nombrado, autorizo la participación de mi hijo/a en el paseo descrito anteriormente. Acepto de no mantener el grupo nombrado o sus miembros responsables de cualquier gasto, daño, o herida que pueda incurrir durante el paseo. Además autorizo a los miembros del grupo nombrado encargados de facilitar el paseo de cualquier medida necesaria para asegurar el bienestar de mi hijo/a y los demás niños. Determino que en caso de alguna herida el miembro del grupo nombrado que esta a cargo del paseo puede actuar por mí para obtener tratamiento médico para mi hijo/a.

I, the parent/guardian of the minor named above, hereby give my permission for my son/daughter to take part in the trip described above. I agree not to hold the group named above or its volunteers responsible for any expenses or injuries that my child may incur while on the trip. I further authorize the forenamed group through its members conducting the trip to take any appropriate steps they deem necessary to protect the safety of my child and other children. I agree that in the event of any injury, the staff member conducting the trip may act on my behalf in obtaining medical treatment for my child.

Mi hijo/a padece de la siguiente alergias o condiciones médicas: _____

My child has the following allergies or medical conditions:

En caso de emergencia, se pueden comunicar al: _____

In an emergency, I may be reached at:

Teléfono: _____ Teléfono Celular: _____

*Telephone:**Cellular Phone:*

Firma del Padre o Guardián/Signature: _____ Fecha/Date: _____