

## Exoneración de Responsabilidad

Yo, como padres/ guardianes de los menores registrados, consiento y acepto mantener inofensivos, la iglesia, St. Joseph Roman Church y/o la diócesis, Roman Catholic Diocese of Lafayette-in-Indiana, Inc., y todos y cada uno de los empleados o voluntarios de la misma, por cualquier accidente, lesión o ocurrencia que surja de, o en relación con la actividad regular de formación de nuestros hijos / niños en la parroquia. Doy mi permiso para que mi hijo/hija, en caso de una emergencia, sea llevado a un médico o el hospital por un adulto en cargo o por el personal de la parroquia. Entiendo que se hará todo lo posible para contactarme. Si no puedo ser contactado, por la presente doy permiso al médico seleccionado por el miembro de la parroquia en cargo o chaperón(es) adulto(s) para asegurar el tratamiento adecuado para mi hijo/ hija.

Marque la opción en los cuadros debajo del párrafo en inglés.

ACEPTO la declaración anterior arriba.  
anterior arriba.

NO ESTOY DE ACUERDO con la declaración