

ST. CYRIL OF ALEXANDRIA PARENT/GUARDIAN CONSENT FORM & LIABILITY WAIVER

**Important! This page must be filled out by the Parent/Guardian for youth under 18 years of age.
If participant is 18 years of age or older, consent must be signed by the individual.**

**¡Importante! Para ser llenado por los padres o guardianes del joven menor de 18 años de edad.
Si el participante es mayor de 18 años, el consentimiento debe ser firmado por él mismo.**

Student / Estudiante:		Date of Birth / Fecha de Nacimiento:	
Age / Edad:	Gender / Género: M F	Incoming Grade 2026-27 / Proximo Grado Escolar:	
School / Escuela:			
Address / Dirección:		City/Zip Code / Ciudad/Código Postal:	
Parent(s) / Padres(s):		Phone 1 / Teléfono 1:	
Phone 2 / Teléfono 2:	Cell	Work / Trabajo	
Primary Email Address / Correo Electrónico Principal:			
T-Shirt Size (Circle One):			
Talla de camiseta (marque una):		S	M L XL 2XL

GENERAL CONSENT & LIABILITY WAIVER / CONSENTIMIENTO Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

As parent/guardian, I grant permission for my child to participate **as a Volunteer** in **Vacation Bible School 2026 to be held from 9am to 12pm on July 13-17 at St. Cyril of Alexandria**. I agree on behalf of myself and of my child(ren)'s other parent/guardian, my child(ren) named herein, or our heirs, successors, and assigns to hold harmless and defend the Archdiocese of Galveston-Houston, St. Cyril of Alexandria (its pastor, youth ministry leader, principal, other agents, etc.) or any representatives associated with the scheduled activity unless the parties involved were careless and negligent.

In signing this form I certify that all information contained herein is true and accurate to the best of my knowledge.

Como padre/guardián, concedo/otorgo permiso para que mi hijo/a, participe **como Voluntario** en **Vacation Bible School 2026 de 9am a 12pm el 13 al 17 de julio en San Cirilo de Alejandría**. Autorizo personalmente y en representación del otro padre/madre, conocido o viviente, de mi hijo/a(s) aquí mencionado/a(s), de nuestros herederos, sucesores y asignados y protejo a la Arquidiócesis de Galveston-Houston, la parroquia patrocinante (su párroco, líder del ministerio de jóvenes, u otros agentes, etc.) o cualquier representante asociado con esta actividad, a menos que las partes involucradas hayan sido negligentes.

Al firmar esta forma, hasta donde es de mi conocimiento, certifico que toda la información contenida en ella es cierta y correcta.

*Signature (Parent/Guardian or Participant who is of 18 years or older)
*Firma (padre/guardián o participante mayor de 18 años de edad)

Date/Fecha

VIDEO/PHOTOGRAPHY CONSENT / CONSENTIMIENTO PARA TOMAR FOTOGRAFÍAS

As parent/guardian, I understand that promotional pictures and videos (individual and group) will be taken during this event. I give permission for my son's/daughter's picture to be used for promotional materials (newsletter, web page, calendars, power point, video etc.) in highlighting the event.

Yo como padre/guardián, entiendo se tomarán fotografías promocionales (individuales y de grupo) durante este acontecimiento. Concedo permiso para que la fotografía de mi hijo(a) sea utilizada en materiales de promoción (boletín de noticias, página web, calendarios, etc.) para informar sobre el evento.

☐ Yes / Si ☐ No _____

Initials / Iniciales

CONTINUED ON BACK / CONTINÚA EN EL REVERSO

ST. CYRIL OF ALEXANDRIA

MEDICAL CONSENT FORM / CONSENTIMIENTO MÉDICO

MEDICAL MATTERS

I hereby warrant to the best of my knowledge, my child is in good health, and I assume all responsibility for the health of my child. Of the following statements pertaining to medical matters, sign only those in accordance with your wishes.

Have any of these students been diagnosed with a learning disability/ special needs/ allergies/ health concerns or are taken medication?

Is there anything we should know about your child? If yes, please explain. List any medications your child is taking. Please use separate page if needed.

___ My child will bring all such medications, well labeled, that are necessary.

☐ Yes

☐ No

CONDICIONES MÉDICAS

Certifico por este medio que hasta donde llega mi conocimiento, mi hijo(a), está en buena salud y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo(a). En las declaraciones siguientes, firme solamente aquellas con las que esté de acuerdo.

¿Cualquiera de estos estudiantes han sido diagnosticados con un Problema de Aprendizaje/ Necesidades Especiales/ Alergias/ Condiciones Médicas o están tomando alguna medicina? **¿Hay algo que debemos saber sobre su hijo? En caso afirmativo, por favor dar el nombre del estudiante y explicar.** Utilice una página separada si es necesario. ___ Mi hijo/a traerá bien marcados todos sus medicamentos necesarios.

☐ Sí

☐ No

Learning Disability / Special Needs / Allergies / Medical Condition / Medication & Dosage / Medically Prescribed Diet / Physical Limitations
(Dificultad de aprendizaje / Necesidades especiales / Alergias / Condiciones Médicas / Medicina y Dosis / Dieta Prescrita / Medicamento / Limitaciones Físicas)

My son/daughter has:

- had an episode or has been diagnosed with/ha tenido un episodio o ha sido diagnosticado con ___ Seizures/Convulsiones ___ Asthma/Asma ___ Diabetes
- had surgery within the last 6 months / una cirugía en los últimos 6 meses ___ Yes / Si ___ No
is still under doctor's care / todavía está bajo atención médica ___ Yes / Si ___ No
- immunizations current and up to date: ___ Yes/ Si ___ No

I hereby Grant Permission for nonprescription medication (such as Tylenol, throat lozenges, cough syrup) to be given to my child, if deemed advisable. I understand that Aspirin will not be given to my son/daughter.

Por la presente otorgo el permiso para administrar algún tipo de medicamento sin prescripción médica a mi hijo, a menos que de lo contrario se vea en peligro su vida y se requieran como tratamiento de emergencia.

☐ Yes / Si

☐ No

Initials / Iniciales

EMERGENCY MEDICAL TREATMENT / TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

In the event of an emergency, I hereby give permission to transport my child to a hospital for emergency medical or surgical treatment. I wish to be advised prior to any further treatment by the hospital or doctor and I understand that all financial obligations are my responsibility.

En caso de una emergencia, doy permiso de transportar a mi hijo(a) a un hospital para tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. Pido ser notificado antes de que el hospital o los médicos hagan cualquier tratamiento adicional.

Signature (Parent/Guardian or Participant who is of 18 years or older)
Firma (padre/guardián o participante mayor de 18 años de edad)

Date/Fecha

In the event of an emergency and you are unable to reach me, contact:

En caso de emergencia y de no poder comunicarse conmigo, favor de ponerse en contacto con:

Name / Nombre _____

Relationship / Relación _____

Phone # / # de Teléfono _____

Family Doctor / Médico de la Familia _____

Phone # / # de Teléfono _____

*Insurance Carrier / *Portador del Seguro _____

Name of Insured / Nombre del Asegurado _____

Policy Number / Número de Póliza _____

*I do not carry medical insurance at this time.
*En este momento no tengo seguro médico.

Initials / Iniciales