

St. Patrick Catholic Church

Vacation Bible School (VBS) – Faith & Love

Lowell, MA

Registration and Permission Form for Summer Camp in St. Patrick Church

Child's name: _____ Age _____

Parent/Guardian name: _____

Phone #s: Home _____ Cell _____ Work _____

Address: _____ City: _____ ZIP: _____

Does she/he have medical insurance? _____ If yes, what insurance? _____ # _____

Does he/she have any allergies or health problems? If yes, explain: _____

Medications: _____

Emergency Contact Name _____

Relationship _____ Phone number _____

I _____ give my son/daughter, _____ permission to participate in Summer Camp at St. Patrick Parish from August 3 to 6, 2021 from 9:00 am – 1:00 pm. I also give permission for pictures to be taken of my son/daughter during this event in order to promote Summer Camp in the future. I give my son/daughter permission to participate in field trips if weather permits.

I hereby, release and discharge the church from any and all claims for personal injuries, property damage that my son/daughter may suffer as a result of participating in Summer Camp. Whether or not such injuries or damage are caused by the negligence (active or passive) of the church, its employees or its volunteers. If it is necessary for my son/daughter to have medical treatment while participating in Summer Camp, I hereby give the church personnel permission to use their judgment in obtaining medical service and give permission to the physicians selected by the church personnel to render medical treatment deemed necessary and appropriate by the physician. I agree to relieve the church and other persons participating from any liability in connection with this request. **I understand that my insurance benefits that are affected have limited application.**

Parent/Guardian signature

Date

St. Patrick Catholic Church

Vacation Bible School (VBS) – Faith & Love

Lowell, MA

Registration and Permission Form for Summer Camp in St. Patrick Church

Nombre del niño/a _____ Edad _____

Nombre de los Padres/Guardianes _____

Teléfonos: Casa _____ Trabajo _____ Cel. _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____

El/la niño/a tiene seguro medico? _____ ¿Si tiene, Cual? _____ # _____

El/la niño/a tiene alergias o problemas con su salud? _____ ¿Si tiene, Cuáles? _____

Toma Medicamentos? _____

Nombre de Contacto de Emergencia _____

Relación con El/la niño/a _____ Teléfono _____

Yo _____ doy permiso a mi hijo/a _____
participar en el Campamento de Verano en la Iglesia San Patricio del 3 al 6 de Agosto, 2021; de las 9:00
am a las 1:00 pm. También doy permiso a sacar fotos de mi hijo/a para promover este campamento en el
futuro. Yo le doy permiso a mi hijo/a para participar en paseos si la condición del tiempo lo permite.

Yo declaro, liberar y descargar a la Iglesia de todo y todas reclamaciones por heridas personales, daños
materiales que mi hijo/a pueda sufrir como resultado de la participación en el Campamento de Verano. No
importa si estas heridas o daños son por las negligencias (activos o pasivos) de la Iglesia, sus empleados o
sus voluntarios. Si es necesario que mi hijo/a reciba tratamiento medico durante su participación en
Campamento de Verano yo doy permiso que los médicos, escogidos por la Iglesia, den los tratamientos
médicos apropiados. Yo estoy de acuerdo liberar a la Iglesia y otras personas de la responsabilidad de
pagar cualquier deuda que venga al hacer esta petición. **Yo entiendo que los beneficios de mi seguro
medico son limitados.**

Firma de Padre/ Madre/Guardián

Fecha