**PARENT PERMISSION SLIP**

**To: DIVINE SAVIOUR PARISH, LOS ANGELES**

**I HEREBY CONSENT TO** (*Participant’s name*) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PARTICIPATING IN THE ST.RAPHAEL’S LIFE TEEN CAMP AT PINE SUMMIT IN BIG BEAR.**   
  
**Dates: July 4-8, 2014 (Fri-Tue)  
Camp Location: Pine Summit, 700 Wren Drive, Big Bear Lake, CA 92315**

I agree to direct my child to cooperate and conform with the directions and instructions of the supervisory personnel in charge of the field trip. Should it be necessary for my child to have medical treatment while participating on this trip, I hereby give the parish personnel permission to use their judgment in obtaining medical service for my child and I give permission to the physician selected by parish personnel to render medical treatment deemed necessary and appropriate by the physician.

I agree that in the event my child is injured as a result of his or her participating in this above named youth activity, including transportation to and from such activity, whether or not caused by the negligence (active or passive) of the parish or any of its agents or employees, recourse for the payment of any resulting hospital, medical, or related costs and expenses will first be had against any accident, hospital or medical insurance, or any available benefit plan of mine or my spouse. I am not aware of any medical condition of my child which would render it inappropriate for him/her to participate in any such activity. I understand that camp photos will be taken and will possibly be on the internet.

Parent or Guardian Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date Signed: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parent Name (Please Print):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Child’s Name (Please Print):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_City:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ZIP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Family Physician: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ T-Shirt Size\_\_\_\_\_\_

Please explain any medical concerns:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**All Prescription medications must be given to the camp nurse.**

**PERMISO DE PADRES**

**Para: LA PARROQUIA DE DIVINO SALVADOR, LOS ANGELES**

**DOY MI CONSENTIMIENTO PARA (Nombre del participante) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
PARTICIPAR EN EL CAMPAMIENTO DE LIFE TEEN CON LA IGLESIA DE SAN RAFAEL EN PINE SUMMIT EN BIG BEAR.**

**Fecha: 4-8 de Julio, 2014 (Viernes-Martes)**

**Lugar: Pine Summit, 700 Wren Drive, Big Bear Lake, CA 92315**

Me comprometo a instruir al niño a cooperar y cumplir con las directrices e instrucciones del personal de supervisión a cargo del campamiento. Si fuera necesario para que mi hijo tenga un tratamiento médico durante su participación en este viaje, doy permiso al personal de la parroquia para usar su juicio en obtener servicio medico para mi hijo y yo le doy permiso al médico seleccionado por el personal de la parroquia para hacer un tratamiento médico considere necesario y apropiado por el médico.

Estoy de acuerdo en que, en el caso de que mi hijo se lesiona como resultado de su participación en esta actividad antes mencionado, incluyendo el transporte desde y hacia ese tipo de actividad , sean o no causados ​​por la negligencia (activa o pasiva) de la parroquia o de cualquier de sus agentes o empleados, costos y gastos relacionados serán previamente tenían en contra de cualquier seguro, o cualquier plan de beneficios disponibles mío o de mi cónyuge. No tengo conocimiento de alguna condición médica de mi hijo que es inapropiado que él / ella participar en cualquier actividad . Yo entiendo que las fotos del campamento será tomada, y serán posiblemente en el Internet.

Firma del Padre o Guardián: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Guardián:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Hijo/a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ZIP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono de su casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico de Familia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Talla de Camiseta: \_\_\_\_\_\_

Por favor explique cualquier preocupación médica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Todos los medicamentos recetados deben ser entregados a la enfermera del campamento.**