***Evento/Programa*: #LoveYourSelfie Summer Lock In**

***Lugar*:**  Iglesia Episcopal San Mateo

6635 Alder Houston, TX 77081

***Fecha*:**  2 de junio 6:30 pm - 3 de junio 11 am  
***Contacto de***

***Emergencia*:** Marcia Quintanilla 832-373-0648

**Costo:** $10 (costo para Tshirt)

=== == == == == == == == == == == == == == == ===========

Nombre de Participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ T-Shirt Size XS S M L XL   
Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Nombre del Padre/Madre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono: Casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Siendo el padre/madre o guardián legal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(favor de escribir el nombre del menor en letra de molde) yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Padre/madre/guardián (letra de molde)) doy mi permiso para cualquier tratamiento necesario, incluyendo Rayo X, anestesia, médico, quirúrgico, o diagnóstico dental, para mi hijo(a) menor. Además, yo entiendo que se harán todos los esfuerzos posibles para avisarme antes del tratamiento. En caso que no me puedan localizar en una emergencia, yo doy mi permiso para que el líder de actividades tome la decisión para el tratamiento necesario. Si no hay un líder de actividades disponible, doy mi permiso al médico que esta atendiendo a mi hijo(a) atenderlo. Además entiendo que cualquier médico, dentista, ú otro proveedor que atiende a mi hijo(a) tomará precauciones de seguridad durante su atención. Además, como padre/madre/guardián legal, yo soy responsable por las decisiones de salud de mi hijo(a) menor y prometo que mi plan de seguro es el plan primordial para pagar el tratamiento dental, médico u hospital dado a mi hijo(a). La póliza de la Iglesia u organización auspiciando el evento será usada como cobertura secundaria. Yo prometo notificar a la Iglesia Episcopal San Mateo en el caso de algún cambio de salud que impide la participación de mi hijo(a) para alguna actividad normal. También entiendo que los supervisores adultos tienen el derecho de restringir a mi hijo(a) de alguna actividad que ellos sienten que no esté dentro de las capacidades físicas de mi hijo(a). Yo entiendo que todas las precauciones de seguridad razonables serán tomadas por los líderes de esta actividad, y que la posibilidad de algún peligro no esperado puede existir. Yo prometo no hacer responsables a la Iglesia Episcopal San Mateo, sus líderes, empleados o voluntarios, por daños, pérdidas, enfermedad, o herida incurridos por mi menor nombrado(a) en esta hoja.

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

**Firma de Padre/Madre/Guardián Fecha**