

Due By 2/15/2017

**PARENT MEDICAL AND LIABILITY RELEASE STATEMENT  
CODE OF CONDUCT and PHOTO RELEASE**

**DIOCESE OF SAN BERNARDINO 1201 E. Highland Ave, San Bernardino, Ca 92404-4641 (909) 475-5167  
CATHOLIC MUTUAL GROUP 2724 Waterman Ave Ste. J, San Bernardino, CA 92404-4641 (909) 886-6001  
St. Adelaide Church 27457 East Baseline, Highland, California 92346 (909)862-5130**

**EVENT INFORMATION**

**Event** Confirmation 3 Retreat **\*\*Please check one:**  
**Location:** Camp Mariastella  Adult (18 and older)  
5701 Acorn Dr  Youth (under 18)  
Wrightwood, CA 92397  
**Primary Contact:** Deana Muehlich (909) 862-5130  
**Date of Event Contact:** Deana Muehlich (909) 649-6886  
**Date & Time of Activity:** Friday, April 7, 2017 6:00 pm – Sunday, April 9, 2017 1:30pm  
All students to attend mass at St. Adelaide on April 9, 2017 at 4:30pm as part of retreat  
Parents must drop off and pick up students at the site.  
**Cost: \$150.00 per student (includes 3 meals on Saturday and 2 meals on Sunday)**  
*(Please Print)*

**MEDICAL LIABILITY**

Participant's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Parent's Name: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_ Cell or Work #: \_\_\_\_\_  
Emergency Contact Name: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_  
Family Physician: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_  
Insurance Company: \_\_\_\_\_ Policy No: \_\_\_\_\_  
Allergies/ Medical Problems/ Disabilities \_\_\_\_\_  
Is the participant taking any over the counter or prescriptions drugs?  
**Please list and print Clearly** \_\_\_\_\_ *(Use another sheet if necessary)*  
**Please list any Allergies to medication or foods** \_\_\_\_\_  
I also understand that in the event medical intervention is necessary, every attempt will be made to contact immediately the persons listed on this form. If I cannot be reached in an emergency during the activity dates shown on this form, I give my permission to the physician or dentist selected by the activity leader to hospitalize, to secure medical treatment and/ order an injection, anesthesia, or surgery for my child as deemed necessary.  
I understand all reasonable safety precautions will be taken at all times by: (Deana Muehlich, CYM (909-862-5130) and its agents during the events and activities. I understand the possibility of unforeseen hazards and know there is the inherent possibility or risk. **I agree not to hold, (Camp Mariastella, St. Adelaide Church), its leaders, employees and volunteers** liable for damages, losses, diseases, or injuries incurred by the subject of this form.

**CONDUCT**

I understand that by signing this form I/my child agree(s) to cooperate and participate fully, that I/my child will show respect for the property visited, respect for neighbor, that I/my child will show respect for the law and practice safety skills at all times. By failing to meet this code of conduct, I/my child am/are aware that appropriate action may be taken and arrangements may be made for immediate removal from the event.

**PHOTO**

I hereby authorize the making of photographs, motion pictures, videotapes, recording, or other memorializing of said event and my child's participation therein, and the publication and duplication or other use thereof. I hereby waive any rights to compensation or any right that I otherwise might have to limit if to control such making or use.

By checking this box, I **DO NOT** authorize any photos, videotapes or recordings of my child.

**PERMISSION**

\_\_\_\_\_  
**Parent/ Guardian Signature Required** \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
for minors under 18

\_\_\_\_\_  
**Signature of Participant Required** \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(Youth or Adult)

Due By 2/15/2017

CESION DE RESPONSABILIDAD Y FORMA PARA CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MEDICO, CODIGO DE CONDUCTA Y FORMA DE LIBERACION DE FOTOS

DIOCESIS DE SAN BERNARDINO 1201 E. Highland Ave, San Bernardino, CA 92404-4641 (909) 475-5167
CATHOLIC MUTUAL GROUP 2724 Waterman Ave Ste. J, San Bernardino, CA 92404-4641 (909) 886-6001
Santa Adelaida 27457 East Baseline, Highland, CA 92346 (909-862-5130)

Información de evento

Evento: Retiro para el Grupo de Confirmación 3
Lugar: Campo Mariastella
5701 Acorn Dr
Wrightwood, CA 92397

Por favor marque uno:
[ ] Adulto (mayor de 18 años)
[ ] Joven (menor de 18 años)

Teléfono: Coordinador General: Deana Muehlich 909-862-5130

Teléfono: Coordinador del Retiro: Deana Muehlich 909-649-6886

Fecha y horario de la actividad: viernes, 7 de abril, 2017 (6:00 pm a 1:30PM el Domingo, 9 de abril 2017

Todos los estudiantes deberán asistir a Misa el domingo, 9 de abril, 2017 a las 4:30 pm como parte del retiro.

Costo: \$150.00 por estudiante (incluye 3 comidas el sábado y 2 comidas el domingo)

(Por favor escriba en letra de molde)

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del padre/ madre: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_ Celular o trabajo: \_\_\_\_\_

En caso de una emergencia favor de llamar a: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Doctor de la familia: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Numero de póliza: \_\_\_\_\_

Alergias/ problemas médicos/ incapacidad: \_\_\_\_\_

¿Su hijo está tomando algún medicamento con o sin receta médica? Escriba claramente
(Si es necesario use otra hoja de papel).

Por favor indique si su hijo/a es alérgico a algún medicamento o comida: \_\_\_\_\_
(Si es necesario use otra hoja de papel).

También entiendo que en el caso de que se requiera intervención medica, todo esfuerzo se hará para contactar a la persona que esta mencionada en esta forma. En el dado caso de que yo no pueda ser localizado/a en una emergencia durante las fechas del evento mencionadas en esta forma, yo le doy permiso al medico o dentista seleccionado por el líder del evento a hospitalizar, y asegurar tratamiento medico y/o inyección, anestesia, o cirugía que sea necesaria para mi hijo/a.

Entiendo que todas las precauciones de seguridad estarán en efecto a todo momento por (Deana Muehlich CMJ (909)862-5130) y sus agentes durante el evento y sus actividades. Entiendo la posibilidad de algún peligro imprevistos y se que hay una posibilidad de riesgo inherente. Estoy de acuerdo a no hacer responsables a (Campamento Mariastella, Santa Adelaida), a sus líderes, empleados y voluntarios por daños causados, pérdidas, enfermedades, o heridas incurridas por el sujeto mencionado en esta forma.

Yo entiendo que al firmar esta forma mi hijo/a y yo aceptamos cooperar y participar enteramente, que mi hijo/a y yo seremos respetuosos hacia la propiedad que visitemos, respetuosos a los vecinos, también demostraremos respeto por las leyes y practicaremos hábitos de seguridad a toda hora. Al no cumplir con el código de conducta mi hijo/a y yo sabemos que la acción apropiada tomará lugar y todo se arreglará para que nos podamos ir inmediatamente del evento.

Yo autorizo la elaboración de fotografías, películas cinematográficas, videos, grabación u otra clase de conmemoración del dicho evento y la participación de mi hijo/a allí dentro, y la publicación y duplicación o cualquier otro uso de lo mismo. Yo renuncio a mis derechos de compensación o a cualquier derecho del que yo pueda limitar o controlar la confección o uso.

[ ] Yo NO autorizo que se le tomen fotos, videos o cualquier clase de grabación a mi hijo/a.

Consentimiento de tratamiento

Código de Conducta

Fotografía

Permiso

Firma del Padre/ Guardián es requerida para menores de 18 años

Fecha

Firma del Participante (Joven o Adulto)

Fecha