

St. Thomas the Apostle Educación religiosa

Formulario de Autorización Médica

FAVOR DE COMPLETAR TODO
Y DEVOLVER EL 2024-2025
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Apellido Familiar: _____

Nombre de los Estudiantes: _____

Domicilio _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Padre de Familia 1 Nombre: _____ Número de Celular: _____

Padre de Familia 2 Nombre: _____ Número de Celular: _____

Contacto de Emergencia 1 Nombre: _____ Número de Celular: _____

Contacto de Emergencia 2 Nombre: _____ Número de Celular _____

Información de la Aseguranza

Póliza en nombre de: _____ Compañía de Seguros _____

Número de grupo o Número de póliza o Número de identificación _____

*Por favor informe a la Oficina de Educación Religiosa inmediatamente sobre cualquier cambio en la información anterior.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

1. Necesidades Médicas: Alergias, Medicamentos, Etc.

2. Necesidades Educativas Especiales: Nuestra parroquia está comprometida a hacer adaptaciones razonables para niños con necesidades físicas, de aprendizaje o de comportamiento especiales. Indique a continuación si su hijo tiene una necesidad especial en una de estas áreas. Saber esto permitirá la mejor ubicación de su hijo en un grupo.

Doy permiso para la administración de primeros auxilios al niño mencionado anteriormente POR LAS PERSONAS A CARGO DE ST. THOMAS THE APOSTOL EDUCACIÓN RELIGIOSA y a quienes transportan a mi hijo hacia y desde el programa según su criterio lo consideren aconsejable, y hacer las derivaciones necesarias a médicos calificados para el tratamiento de enfermedades o accidentes de naturaleza más grave. Entiendo que se me notificará de inmediato en caso de cualquier enfermedad o accidente grave y antes de cualquier cirugía mayor, excepto cuando la demora en dicha comunicación ponga en peligro la vida. En caso de una emergencia médica, entiendo que se hará todo lo posible para contactar a los padres/tutores del participante. En caso de que no puedan localizarme, por la presente doy permiso al médico seleccionado por el personal adulto para hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado y ordenar inyecciones, anestesia o cirugía, si se considera necesario para mi hijo.

Acepto, en mi nombre, el de mis herederos, apoderados, albaceas y representantes personales, exonerados de responsabilidad y de defender a la Parroquia St. Thomas the Apostle y la Diócesis de Joliet, sus funcionarios, directores, agentes, empleados o representantes de todos y cada uno de responsabilidad por enfermedad o muerte que surja de o en conexión con mi participación en el viaje.

Firma de la madre/ padre / o tutor

Fecha

Nombre del Médico de Familia

(_____) _____
Número de Teléfono