

PARENT / LEGAL GUARDIAN PERMISSION SLIP 6153(b)
AND INDEMNITY AGREEMENT—Youth Group
PLEASE RETURN BY: 11-7-19

Child / Ward: _____ Grade _____

Parish / School: St. Patrick Church, Whitewater—Youth Group

Designated Supervisor of Activities: Rick Rupprecht or other Youth Minister(s)

Activities: Many throughout the school year of 2019-20

Date(s) and time of activity: Usually Thursdays from 6:00 to 8:00 PM, but other days as well

Method of transportation: Car, van, or walking

Student cost (if applicable): Varies depending on the activity

I consent to the participation of my child/ward in the above activities which the **Youth Group (8th-12th grades)** will participate during **the whole school year of 2019-20**. In consideration for my child/ward's participation, I agree to reimburse and indemnify the parish/school (understood to include the Archdiocese of Milwaukee) for all reasonable legal and court fees incurred by parish/school in defending a lawsuit that I or my child/ward may bring against the parish/school which relates to the above named activity if the parish/school is found not legally liable by the courts and prevails in the lawsuit. If the parish/school is found legally liable for injuries sustained by child/ward, this paragraph will not apply. I certify that I have an understanding of this agreement and any risks and hazards associated with the activity described above that my child/ward will be participating in. I further understand that I had the opportunity to fully discuss this agreement with a representative of the parish/school to clarify any concerns or questions about the activity or this agreement that I may have had.

Parent / Legal Guarding Signature

Date

Address

Cell phone/ Work phone

EMERGENCY MEDICAL TREATMENT: In the event of an emergency, I give permission to transport my child to a hospital for emergency medical treatment. I wish to be advised prior to any further treatment by the hospital or doctor. In the event of an emergency, if you are unable to reach me at the above numbers, contact:

Name: _____

Phone Number: _____

Please furnish medical information about your child/ward, which may be pertinent to his or her participation in the above-identified activity: _____

This form has been prepared by and is required by The Archdiocese of Milwaukee's Protected Self-Insurance Program. Questions should be directed to Catholic Mutual Group at (262) 255-6906.

6153(b)

Archdiocese of Milwaukee

AUTORIZACION DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL 6153(b)
Y ACUERDO DE INDEMNIZACION—Grupo de Jóvenes
FAVOR DE REGRESAR PARA EL: 11-7-19

Niño(a)/Pupilo: _____ Grado _____

Parroquia/Escuela: St. Patrick Church, Whitewater—Youth Group

Supervisor Designado de la Actividad: Rick Rupprecht u otro(s) Ministro(s) de Jóvenes

Actividades: Varios durante el año escolar 2019-20

Fecha(s) y hora(s) de la actividad: Normalmente los jueves de 6:00 hasta 8:00, pueden ser otros días también

Tipo de transportación: Automóvil, van o caminando

Costo por estudiante: Depende de la actividad

Doy mi consentimiento para que mi hijo(a)/pupilo participe en las actividades del **Grupo de Jóvenes (grados 8 a 12)** durante **el año escolar entero de 2019-20**. En consideración de la participación de mi hijo(a)/pupilo, estoy de acuerdo en reembolsar e indemnizar a la parroquia/escuela (se entiende que se incluye a la Arquidiócesis de Milwaukee) por todos los costos legales y de la corte que razonablemente la parroquia/escuela ha incurrido al defenderse de una demanda que yo o mi hijo(a) ponga en contra de la parroquia/escuela que esté relacionada con esta actividad si la parroquia/escuela se encuentra que no es legalmente responsable por la corte y prevalece en la demanda. Si se encuentra que la parroquia/escuela es legalmente responsable por las lesiones que su hijo(a) recibió, este párrafo no aplicará.

Yo declaro que he entendido este acuerdo y cualquier riesgos y peligros asociados con actividad descrita anteriormente en la cual mi hijo(a)/pupilo estará participando. Además entiendo que tuve la oportunidad de discutir en su totalidad este acuerdo con un representante de la parroquia/escuela para aclarar cualquier preocupación o pregunta que tuviera acerca de esta actividad.

Firma del Padre / Guardián Legal

Fecha

Dirección

Tel. celular/trabajo

CUIDADO MEDICO DE EMERGENCIA: En el evento de una emergencia, doy mi permiso para transportar a mi hijo(a) al hospital para tratamiento médico de emergencia. Deseo que se me avise de cualquier tratamiento adicional del hospital o doctor. En caso de emergencia, y si no se me puede contactar en los números de arriba, contacte a:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Favor de proveer información médica de su hijo(a)/pupilo, que pueda ser relacionada a su participación en las actividades que se ha mencionado: _____

Esta forma ha sido preparada por y requerida por el Programa de Auto-Seguro de la Arquidiócesis de Milwaukee. Puede dirigir sus preguntas a Catholic Mutual Group al (262) 255-6906.

6153(b)

Archidiócesis de Milwaukee