

West Valley Church of the Nazarene  
Consentimiento de Padres y Renuncia de Responsabilidad

Evento: Club Para Tareas

Fechas: 10/10/18 – 6/5/19

Nombre de Menor(es) y Fecha(s) de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ Número Alternativo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Contactos de emergencia y otros que están autorizados a recoger al menor(es):

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**Autorización:** Yo doy permiso para el menor o los menores nombrados a participar en actividades con West Valley Church durante el tiempo indicado. Entiendo que las actividades en que mi hijo puede participar pueden suponer un riesgo para su salud personal y seguridad. Estoy de acuerdo en sostener inofensivo West Valley Church o a sus representantes en el caso de la lesión o daño que pueda incurrirse para el menor(es) o su propiedad durante este tipo de eventos.

**Consentimiento Médico:** En el caso de que el menor(es) llamado sufre enfermedad, accidente o lesiones, ni los padres ni los guardianes pueden contactarse, doy permiso a un representante de West Valley Church para autorizar tratamiento de emergencia como se considere necesario por un médico con licencia y asumir la responsabilidad de cualquier gasto médico incurrido.

Yo/Nosotros entendemos que si el menor(es) tienen que volver a casa antes del grupo por razones médicas o disciplinarias, nosotros asumimos cualquier gasto incurrido.

**Por favor especifique para cada menor:**

Enfermedades conocidas o condiciones:  Asma  Diabetes  Corazón  Convulsiones

Otro \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_

Medicamentos \_\_\_\_\_

Seguranza Medica \_\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o del Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o del Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Permiso de Fotografías**

**Hay la posibilidad de que su niño puede ser fotografiado mientras participa en nuestros eventos.**

Doy mi consentimiento que las fotos de mi hijo/a se publicarán en su sitio web, medios de comunicación social, o cualquier otro evento promocional que podamos tener en el futuro.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o del Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o del Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha