

**CUOTA DE INSCRIPCION: \$50.00 por persona**

\*Incluye el almuerzo y cena del Sábado \*No incluye hospedaje o transportación

- Si usted participa como parte de una Parroquia/Escuela/Grupo, entregue las formas llenas y el costo **AL DIRIGENTE DE SU GRUPO.**
- Aviso a dirigentes de grupo: entregue juntas TODAS las formas de su grupo (jóvenes y adultos) junto a UN CHEQUE por grupo, cheques pagaderos a ABLAZE 2015. La dirección se encuentra en la parte inferior de la segunda página de esta forma.
- Se Requieren 3 Formas por CADA Joven (edad-Grado 8<sup>vo</sup> a 12<sup>vo</sup>). *Todas formas a [www.ablazeretreat.com](http://www.ablazeretreat.com).*  
 (1) Forma A (esta forma, delante/atrás) (2) Código de Conducta del Joven (3) Forma de Viaje del Joven  
 (Estas formas DEBEN llenarse junto a cualquier otra forma que requiera su Parroquia/Grupo).

Nombre del Participante \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F M

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular del Padre (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Parroquia/Grupo \_\_\_\_\_ Nombre del Chaperón \_\_\_\_\_

**\*\* TODOS los Participantes DEBEN llenar la Forma de Responsabilidad. \*\***

**Consentimiento de Participación Liberación de Responsabilidad Renuncia a TODO Reclamo**

**Nombre de la Actividad: Retiro ABLAZE 2015 Lugar: St. Monica Centro Familiar Parroquial**  
**Teléfono: 214.434.1553 Fecha de la Actividad: Enero 30 - 31, Febrero 1<sup>ero</sup>, 2015**

Entiendo que como padre(s)/tutor(es)/guardián(es), soy (somos) legalmente responsable(s) de cualquier acción personal que tome mi hijo(a). Reconozco el riesgo inherente asociado con las diversas actividades en las que participará mi hijo/hija. Yo/Nosotros, el(los) suscrito(s), acuerdo, en mi nombre, el de mi hijo(a) aquí mencionado(a), nuestros herederos, sucesores y apoderados liberar en forma definitiva, indemnizar, defender y declarar inocente a la Parroquia St. Monica, la Diócesis Católica Romana de Dallas y sus respectivos miembros, oficiales, directores, empleados, chaperones, agentes y/o voluntarios, de y contra cualquier y todo reclamo, responsabilidad, demandas, juicios y gastos de cualquier tipo (a menos que éste haya sido causado por la Única o Total NEGLIGENCIA de la Parroquia según lo determinado por un investigador de los hechos) derivado de enfermedad, lesión, muerte o daño a propiedad de cualquier tipo que puedan ser contraídas o sufridas por quien suscribe y/o el participante (si el participante es menor de 18 años, 18 años de edad o más), y el costo del tratamiento médico, que surja de alguna actividad conectada con el viaje o participación de mi hijo/hija al asistir a las actividades anteriormente mencionadas.

El suscrito acepta, además, indemnizar y declarar inocentes a la Diócesis Católica de Dallas, la Parroquia Saint Monica, y sus respectivos miembros, directores, empleados, voluntarios y agentes (colectivamente, los "Indemnizados") contra cualquier y todo reclamo, demandas, acciones legales y responsabilidades, incluyendo honorarios de abogados y gastos y costos sostenidos por los Indemnizados que resulten como consecuencia de actos negligentes, acciones deliberadas o intencionales del suscrito y/o el participante (si el participante tiene 18 años o menos, 18 o más años de edad). En el evento que se tome alguna acción legal por alguna de las partes en contra de la otra parte para implementar cualquiera de los términos y condiciones estipulados en esta liberación de responsabilidad, se acuerda que la parte que pierda dicha acción deberá pagar a la parte ganadora todos los costos razonables de corte, honorarios razonables de abogados y gastos incurridos por la parte ganadora.

Si el participante es menor de 18 años de edad, en consideración por permitir a nuestro hijo(a) participar en esta actividad, yo (nosotros), el(los) padre(s)/tutor(es)/guardián(es) del menor anteriormente mencionado, otorgo permiso para que mi hijo/hija viaje y participe en todas las actividades y funciones del Retiro ABLAZE 2014. Además, si es necesario que el participante regrese a casa debido a razones médicas, acción disciplinaria o debido a cualquier otra causa, yo (nosotros) asumo (asumimos) toda responsabilidad y costos de transportación.

**Esta forma debe ser IMPRIMIDA Y FIRMADA por todos los participantes.**

**Si el participante es menor de 18 años, debe firmar el padre o tutor.**

<b>EXENCIÓN PARA EDADES 13 17 AÑOS</b>		<b>Se requiere nombre y firma de Padre(s)/Tutor(es).*</b>	
Nombre del Padre/Tutor (en letra de molde) _____	Firma (imprima la forma para firmarla) _____	Teléfono Celular (_____) _____	Fecha _____
<b>Chaperón Designado (debe tener 21 años o más):</b> _____		Teléfono Celular del Chaperón (_____) _____	
<b>*Deben proporcionarse las firmas y números telefónicos del Padre/Tutor O LAS FORMAS SERAN REGRESADAS.</b>			

<b>EXENCIÓN PARA PARTICIPANTES DE 18 AÑOS Y MÁS</b>			
Nombre (en letra de molde) _____	Firma (imprima la forma para firmarla) _____	Teléfono Celular (_____) _____	Fecha _____
<b>IMPORTANTE: Padre/Tutor deben llenar AMBOS LADOS de esta Forma.</b>			

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN MENOR DE EDAD (Requiere ser firmada por el Padre/Tutor)**

Yo/Nosotros, \_\_\_\_\_ soy (somos) el/la/los (marque una) \_\_\_ padre(s)/madre o \_\_\_ tutor(es) de \_\_\_\_\_, un menor de edad, y como tal autorizo (autorizamos) a la Parroquia St. Monica, la Diócesis Católica Romana de Dallas, sus dirigentes, empleados, contratistas, respectivos miembros, directores, voluntarios y agentes, a que como agente(s) del suscrito otorguen su consentimiento para cualquier examen de rayos x, anestésico, médico, dental, o diagnóstico o tratamiento quirúrgico y atención hospitalaria que se considere recomendable por, y sean prestados bajo la supervisión general o específica de cualquier médico o cirujano autorizado bajo las leyes de la jurisdicción donde sea dado dicho diagnóstico o tratamiento, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento sea dado en la oficina de dicho médico, en un hospital o en cualquier otro lugar. Queda entendido que esta autorización es otorgada antes de realizar cualquier tratamiento o diagnóstico específico, pero se otorga para dar autoridad y poder para dar el tratamiento o la atención hospitalaria que el médico antes mencionado, en el ejercicio de su mejor criterio, estime conveniente. Esta autorización se otorga en virtud de las disposiciones del Capítulo 32 del Código Familiar de Texas. Esta autorización será efectiva durante las fechas especificadas del evento mencionadas anteriormente. En consideración por aceptar esta autorización, pero sin límite de tiempo y sin ningún derecho de revocación futura, yo/nosotros a través de este medio libero, defiendo y declaro inocente a la Parroquia St. Monica y la Diócesis Católica Romana de Dallas (Diócesis) y sus respectivos miembros, oficiales, directores, empleados, voluntarios, líderes de ministerio juvenil, chaperones, agentes y contratistas de todo reclamo, responsabilidad y pérdida que de alguna manera surja de o en conexión con dicho tratamiento y decisiones del tratamiento, y yo(nosotros) total y completamente asumo(asumimos) la total responsabilidad de todas las facturas médicas.

Nombre del Padre/Tutor (escriba en letra de molde)

Firma (imprima la forma para firmarla)

Fecha

**Consentimiento para Realizar Grabaciones Audio/Visuales y Fotografías: (Debe firmarla el Padre/Tutor)**

En ocasiones, se toman grabaciones de vídeo, grabaciones de audio, diapositivas fotográficas y fotografías de niños y jóvenes durante actividades patrocinadas por la iglesia o diócesis. Estas son utilizadas en boletines informativos, sitios web, promoción de eventos, anuncios y otros medios impresos. Por su buena y valiosa consideración, otorgo a (la parroquia) \_\_\_\_\_ el derecho irrevocable y sin restricciones de hacer uso y/o publicar cualquiera y todas las fotografías, videos y otras imágenes mías, de mi hijo menor \_\_\_\_\_ (joven), o imágenes en las que yo/ mi hijo menor de edad pueda (podamos) estar incluido(s), que existan actualmente o que sean realizadas posteriormente, ya sea que se identifique o no al sujeto para propósitos editoriales, publicitarios, noticiosos o cualquier otro propósito y en cualquier forma y medio; alterar las mismas sin restricciones; y reclamar derechos de autor de las mismas. Libero al personal y voluntarios de (la parroquia) \_\_\_\_\_ y a la Diócesis Católica Romana de Dallas de cualquier responsabilidad en conexión al uso de la fotografía o grabación audio/visual de mi hijo como parte de cualquiera de las actividades anteriormente mencionadas o actividades similares.

Nombre del Padre/Tutor (escribe en letra de molde)

Firma del Padre/Tutor (imprima la forma para firmarla)

Fecha que fue Firmada

**AVISO A TODOS LOS PADRES – CHAPERONES – VOLUNTARIOS**

Cualquier participante menor de 18 años de edad DEBE TENER:

- (1) Un chaperón designado. Padre es responsable de encontrar chaperon para su hijo, y
- (2) Una autorización por escrito firmada por un padre o tutor si planea dejar el Retiro ABLAZE 2015 durante las horas que se realiza el Retiro. El Chaperón debe acompañar al menor hasta el monitor de la puerta de salida, y el padre debe entrar a recoger al menor.
- (3) Si su hijo asiste con un grupo/parroquia, entregue sus formularios llenos y pago a su Ministro de Jovenes/Dirigente del Grupo.

**DIRIGENTES DE GRUPO:** Envíe vía postal todas las formas llenas de su grupo (jóvenes y adultos) en un sobre junto a UN CHEQUE\* por parroquia/grupo pagadero a ABLAZE 2015 a más tardar el 20 de Enero de 2015 a:

ATTN: ABLAZE 2015 \***DIRIGENTE DE GRUPO:** Envíe un solo cheque para tu parroquia/grupo. No envíe cheques individuales.  
 St. Monica Catholic Church  
 9933 Midway Road  
 Dallas, TX 75220

*TODOS formularios se encuentran disponibles en inglés y español: [www.ablazeretreat.com](http://www.ablazeretreat.com)*