

**2017/18 Christ the Good Shepherd Catholic Community (CGSCC)**  
 Authorization/Release Form *Forma de Autorización/Consentimiento*

**STUDENT INFORMATION—COMPLETE & SIGN THIS FORM** *(please print clearly):*

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE -Llene en su totalidad y Firme esta forma** *(por favor use letra de molde):*

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ M  F   
Last/APELLIDO First/NOMBRE Middle/Segundo Nombre Nickname/Apodo

Birth Date/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grade/Grado \_\_\_\_\_

Address/Dirección \_\_\_\_\_ TX \_\_\_\_\_  
City/Ciudad Zip/Código Postal

HomePhone # (w/area code)/Numero de Telefónico \_\_\_\_\_

Mother/Legal Guardian Name- Nombre de la Madre / Tutor: \_\_\_\_\_

Work # (w/area code)/Numero de Trabajo: \_\_\_\_\_ Cell/pager- Celular: \_\_\_\_\_

Father/Legal Guardian Name- Nombre del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_

Work # (w/area code)/Numero de Trabajo: \_\_\_\_\_ Cell/pager- Celular: \_\_\_\_\_

**EMERGENCY CONTACT (if parent cannot be reached)- NUMERO DE EMERGENCIA** *(en caso de no poder localizar a los padres):*

Name/Nombre \_\_\_\_\_ Relationship/Parentesco \_\_\_\_\_ Phone #/Teléfono \_\_\_\_\_

Name/Nombre \_\_\_\_\_ Relationship/Parentesco \_\_\_\_\_ Phone #/Teléfono \_\_\_\_\_

**MEDICAL INFORMATION / INFORMACIÓN MEDICA:**

Doctor's Name/Nombre del Medico: \_\_\_\_\_ Phone # (w/area code)/Teléfono: \_\_\_\_\_

Insurance Carrier/ Nombre del Seguro Medico \_\_\_\_\_ Phone # (w/area code)/Teléfono: \_\_\_\_\_

Name of Insured/ Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Policy/Group/ID#/ Num. de Poliza \_\_\_\_\_

**I DO NOT** carry medical insurance at this time (please initial if this statement applies)

**YO NO TENGO** seguro medico en este momento (por favor ponga sus iniciales si esta declaración le aplica)

**Medication(s) Presently Taking/Actuales Medicamentos:** \_\_\_\_\_

**Allergies/Health Concerns-** \_\_\_\_\_

**Alergias/ Necesidades Medicas** \_\_\_\_\_

**Symptoms Produced/** \_\_\_\_\_

**Síntomas de alergia** \_\_\_\_\_

**\*\*Special Needs/ Necesidades Especiales** \_\_\_\_\_

\*\*Our Ministry Team is sensitive to any special needs your child may have. You may be contacted to discuss what we can do to meet your child's needs. All information is kept confidential. \*\* Toda la información es confidencial. Nuestro Equipo de Ministerio es sensitivo a cualquier necesidad especial que su hijo precise.

**CONSENT & LIABILITY WAIVER / CONSENTIMIENTO Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD**  
**PARENT(S) READ, INITIAL EACH STATEMENT, SIGN & DATE BELOW: PADRE(S) LEA, ESCRIBA SUS INICIALES, FIRME Y PONGA LA FECHA AL FINAL DE ESTA FORMA:**

\_\_\_\_\_ As parent / guardian, I grant permission for my child to participate in Christ the Good Shepherd Catholic Community's Children's / Youth Ministry activities from **June 1, 2017 through August 31, 2018** • Como padre / tutor, doy permiso para que mi hijo participe en las actividades para Niños/Jóvenes de la Comunidad Católica Christ the Good Shepherd del **1 Junio 2017 hasta el 31 Agosto del 2018**.

\_\_\_\_\_ As parent / guardian I understand that pictures and/or videos (individual and group) may be taken during events/activities and used for promotional purposes only (parish bulletin, newsletter, web page, power point, etc.) in highlighting the event. Children's full names or personal information will not be published. • Como padre / tutor Entiendo que las fotos y / o videos (individual y grupal) se pueden tomar durante los eventos / actividades y se utilizaran solamente para promoción (boletín parroquial, boletín, página web, power point, etc) para resaltar el evento. Nombres completos y la información personal de los niños no serán publicados.

\_\_\_\_\_ I agree on behalf of myself, my child's other parent, my child named herein, or our heirs, successors, and assigns, to hold harmless and defend the Archdiocese of Galveston- Houston, the sponsoring parish (its pastor, youth minister, principal, other agents, etc.) or any representatives associated with the scheduled activity unless the parties involved were careless or negligent. • Estoy de acuerdo y en mi nombre del otro padre/madre de mi hijo, que mi hijo nombrado en este documento, o nuestros herederos y sucesores, mantener indemne y defender a la Arquidiócesis de Galveston-Houston, la parroquia patrocinadora (su pastor, ministro de jóvenes, principales, otros agentes, etc), o cualquiera de sus representantes asociados a la actividad, a menos que las partes involucradas hayan o fueron descuidados o negligentes.

\_\_\_\_\_ I understand attendance for the entire course or retreat is mandatory for credit to be issued. • La asistencia a todo el curso o retiro es obligatorio para poder recibir crédito.

Signed/Firma: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

**COMPLETE OTHER SIDE FOR INTERMEDIATE & HIGH SCHOOL - COMPLETAR EL OTRO LADO PARA SECUNDARIA Y PREPARATORIA**