# ARQUIDIÓCESIS DE BALTIMORE

# DEPARTAMENTO DE EVANGELIZACIÓN

320 Cathedral Street

Baltimore, Maryland 21201

PARA: Padres (Tutores Legales) Fecha:

DE: [NOMBRE LEGAL DE LA PARROQUIA] (la "Parroquia”) Administrador: [Nombre del Administrador]

# Asunto: Permiso Para el Programa de Formación en la Fe y Acuerdo de Exención

Su hijo tiene la oportunidad de participar en la siguiente experiencia voluntaria de formación en la fe:

UBICACIÓN DEL PROGRAMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DÍA DE LA SEMANA:

HORA:

FECHAS:

CONTACTO DE LA PARROQUIA / NÚMERO DE EMERGENCIA para comunicarse con la Parroquia durante el programa: *(el número de teléfono celular de la parroquia aparecerá en la lista a menos que se indique lo contrario)*

Este programa de formación en la fe es totalmente voluntario. La participación requiere que usted, como padre o tutor legal, dé permiso por escrito para que su hijo participe en esta actividad, y acepte los riesgos asociados con este programa, firmando y devolviendo este Permiso y Acuerdo Exención a más tardar [Insertar FECHA] **.**  Si **no se recibe el Permiso y Acuerdo de Exención firmado**, su **hijo no podrá participar en el programa de formación en la fe.**

# Acuerdo de permiso y exención

Por la presente doy mi permiso expreso como padre/ tutor legal de mi hijo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (escriba el nombre de su hijo claramente), para participar en el programa de formación en la fe mencionado anteriormente.

Entiendo y reconozco que la participación de mi hijo en el programa puede implicar el riesgo de lesión, resultado de las acciones o inacciones de mi hijo, las acciones o inacciones de otros y los riesgos inherentes del programa (incluidos, entre otros, los componentes al aire libre del programa, la exposición al sol y otros elementos, las cambiantes condiciones ambientales y las inclemencias del tiempo). Reconozco que la participación de mi hijo en el programa también puede resultar en un mayor riesgo de exposición o contracción de COVID-19 u otra enfermedad infecciosa. Aunque no se requiere prueba de inmunización para participar en este programa, si su hijo no está inmunizado, se considera que está en riesgo de contraer la enfermedad o enfermedades contra las cuales la vacunación ofrece protección. Las enfermedades prevenibles por vacunación todavía existen, y en especial pueden propagarse rápidamente en entornos grupales, tales como este programa de educación religiosa. Si se produce un brote de la enfermedad contra el cual un individuo no ha sido completamente vacunado durante un programa de educación religiosa, el riesgo de que ese individuo contraiga la enfermedad y sufra un resultado adverso aumenta significativamente. Entiendo que la participación de mi hijo en el programa puede requerir un nivel básico de aptitud física para una participación segura, y ni la Parroquia ni la Arquidiócesis de Baltimore ("Arquidiócesis") examinan, médica o físicamente, a las personas que participan en el programa. Reconozco que es mi responsabilidad exclusiva asegurarme de que mi hijo esté físicamente en forma y lo suficientemente saludable en todos los sentidos como para participar en el programa. En nombre de mi hijo y de mí mismo, entiendo, aprecio y asumo plenamente todos los peligros y riesgos conocidos y desconocidos relacionados con la participación de mi hijo en el programa y elijo voluntariamente permitir que mi hijo participe en el programa. En consideración a la oportunidad de que mi hijo participe en el programa, yo, a sabiendas y voluntariamente, en nombre mío y de mi hijo, acepto LIBERAR, CONSIDERAR INDEMNE E INDEMNIZAR para siempre a la Parroquia y a la Arquidiócesis, incluidos sus agentes, voluntarios y empleados, en la máxima medida permitida por la ley, de toda responsabilidad o reclamo que surja de la participación de mi hijo en el programa de cualquier manera, incluidas todas las acciones tomadas de conformidad con este Acuerdo.

En el caso de una emergencia de salud o necesidad de atención médica urgente, después de que se haya hecho un esfuerzo razonable para contactarme a mí y a cualquier contacto de emergencia nombrado a continuación (o si la urgencia de las circunstancias no permite un intento de contactarme o cualquier contacto de emergencia con el nombre que doy abajo), autorizo y doy mi consentimiento a cualquier atención médica que se considere necesaria para la salud y seguridad de mi hijo durante el programa. Si mi hijo no está cubierto por la hospitalización y el seguro médico, asumo la responsabilidad del costo de la hospitalización y la atención médica para mi hijo.

Por la presente, autorizo a la Parroquia y a la Arquidiócesis a tomar fotografías, videos y grabaciones de audio de mi hijo en relación con la participación de mi hijo en el programa. Reconozco y acepto que las fotografías, videos o audios de los participantes en el programa, incluido mi hijo, pueden usarse y publicarse con fines educativos y promocionales, incluyendo, por ejemplo, publicaciones, contenido de sitios web o redes sociales, u otros materiales impresos o electrónicos producidos de vez en cuando por la Parroquia o la Arquidiócesis. (Sin embargo, los participantes no serán identificados por su nombre sin el consentimiento específico por escrito). Acepto que, si no deseo que mi hijo sea fotografiado, grabado en video o grabado en audio, debo notificar por escrito al Administrador Parroquial mencionado anteriormente.

Este Acuerdo contiene el entendimiento completo de las partes con respecto a este tema, y todas las comunicaciones relacionadas con los temas abordados en este Acuerdo se fusionan y reemplazan por este Acuerdo. Si se determina que alguna parte de este Acuerdo no es válida, dicha conclusión no afectará a ninguna otra parte de este Acuerdo.

**Certifico que SOY EL PADRE O TUTOR LEGAL DEL NIÑO MENCIONADO ANTERIORMENTE, HE LEÍDO EL ACUERDO ANTERIOR, ENTIENDO QUE RENUNCIO A DERECHOS SUSTANCIALES AL FIRMARLO Y LO FIRMO VOLUNTARIAMENTE.**

# Firma del padre/tutor legal: Fecha: Número de teléfono del padre/tutor legal:

**INFORMACIÓN ADICIONAL**:

OTROS CONTACTOS DE EMERGENCIA (*incluya números de teléfono celular):*

INCLUYA Y EXPLIQUE cualquier otra información relacionada con alergias, enfermedades, restricciones dietéticas, etc.: