

**RENUNCIA Y COMUNICADO DE EVENTOS DIOCESANO**  
**DIÓCESIS CATÓLICA DE EVANSVILLE** (REV. 3/21)

Nombre de joven: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Parroquia/Escuela/Programa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Evento: \_\_\_\_\_ Fecha(s): \_\_\_\_\_

Yo/Nosotros, el padre (s)/guardián (s) del joven antes mencionado, doy mi/nuestra aprobación para su participación en el evento anterior. Yo/Nosotros asumo todos los riesgos y peligros inherentes a la conducción de las actividades y el transporte hacia y desde el evento. Yo/Nosotros además renuncio, libero, absuelvo, indemnizar y mantener indemne al Obispo de la Diócesis de Evansville, \_\_\_\_\_ Parroquia, \_\_\_\_\_ Pastor, y cualquiera de sus respectivas afiliadas, sucesores, agentes, empleados, miembros y representantes, patrocinadores adultos y otros voluntarios que participan en las actividades y el transporte asociado con el evento de cualquier y todas las reclamaciones, incluyendo las reclamaciones de heridas personales a mi/nuestro joven o daños a la propiedad, bajo cualquier teoría legal (incluyendo la negligencia, pero no la conducta imprudente o intencional) de cualquier manera que resulte o surja en relación con las actividades y/o el transporte hacia y desde el evento.

Se entiende y se acuerda que ni la parroquia, la Diócesis Católica de Evansville, cualquier afiliado respectivo, sucesor, agente, empleado, miembro, representante, patrocinador adulto, ni otro voluntario es el asegurador de la salud y la seguridad de mi hijo/a mientras él/ella está en las funciones juveniles, participando en actividades supervisadas, incluyendo deportes, o en transporte, en asociación con el evento. Yo/Nosotros entendemos que es mi/nuestra obligación de proporcionar este tipo de seguro si yo/nosotros deseamos comprar para protegerme/nosotros y mi/nuestro hijo/a en contra de los costos de la enfermedad o herida.

En caso de emergencia o enfermedad grave, si el/la joven nombrado arriba requerir tratamiento médico, y ni sus padres ni el médico familiar designado puede ser contactado, se da consentimiento para dicho tratamiento médico que se considere necesaria en la opinión del médico tratante.

YO ENTIENDO QUE MI FIRMA ALIVIA EL PERSONAL DIOCESANO Y/O DE LA PARROQUIA DE TODA RESPONSABILIDAD EN RELACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN DE CUALQUIER MEDICAMENTO RECETADO QUE ESTA ANOTADO EN EL FORMULARIO DIOCESANO DE INFORMACION MEDICA (INCLUYENDO MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE).

Además, yo/nosotros reconozco haber leído, o hubiera sido consciente de los Códigos de Conducta Diocesana para Adultos y/o de Jóvenes, el Comunicado Diocesano para Medios de Grabación, y la Póliza Diocesano de Transporte Fuera de Sitio, y yo/nosotros estamos de acuerdo en estar obligado por los términos y condiciones establecidos en esos documentos (copias disponibles a través [www.evdio.org/diocesan-forms-for-oyaya.html](http://www.evdio.org/diocesan-forms-for-oyaya.html)). Reconozco y entiendo que cualquier acción en nombre de mi/nuestro hijo/dependiente que es incompatible con el Código de Conducta Diocesano puede resultar en acción disciplinaria apropiada como se indica en dichos documentos.

Declaro que soy mayor de 18 años de edad, he leído y entendido la declaración anterior, y soy competente para ejecutar este acuerdo.

Nombre de Padre/Guardián (letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_