

# St. Patrick Parish

Lowell, MA

## Summer Camp – Moses and the promised Land

\$60

### Registration and Permission Form

SIZE  
S – M – L – XL

Child's name: \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

Parent/Guardian name: \_\_\_\_\_

Phone #s: Home \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

Does she/he have medical insurance? \_\_\_\_\_ If yes, what insurance? \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

Does he/she have any allergies or health problems? If yes, explain: \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Emergency Contact Name \_\_\_\_\_

Relationship \_\_\_\_\_ Phone number \_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_ give my son/daughter, \_\_\_\_\_ permission to participate in Summer Camp at St. Patrick Parish from August 5 to 9, 2024 from 9:00 am – 1:00 pm. I also give permission for pictures to be taken of my son/daughter during this event in order to promote Summer Camp in the future. I give my son/daughter permission to participate in field trips if weather permit.

I hereby, release and discharge the church from any and all claims for personal injuries, property damage that my son/daughter may suffer as a result of participating in Summer Camp. Whether or not such injuries or damage are caused by the negligence (active or passive) of the church, its employees or its volunteers. If it is necessary for my son/daughter to have medical treatment while participating in Summer Camp, I hereby give the church personnel permission to use their judgment in obtaining medical service and give permission to the physicians selected by the church personnel to render medical treatment deemed necessary and appropriate by the physician. I agree to relieve the church and other persons participating from any liability in connection with this request. **I understand that my insurance benefits that are affected have limited application.**

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian signature

\_\_\_\_\_  
Date

# Parroquia San Patricio

Lowell, MA

## Campamento de Verano – Moisés y la Tierra Prometida

\$60

**Formulario de registro y permiso**  
**Campamento de Verano en la Iglesia San Patricio**

SIZE  
S – M – L- XL

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres/Guardianes \_\_\_\_\_

Teléfonos: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

El/la niño/a tiene seguro medico? \_\_\_\_\_ ¿Si tiene, Cual? \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

El/la niño/a tiene alergias o problemas con su salud? \_\_\_\_\_ ¿Si tiene, Cuáles? \_\_\_\_\_

Toma Medicamentos? \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_

Relación con El/la niño/a \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ doy permiso a mi hijo/a \_\_\_\_\_  
participar en el Campamento de Verano en la Iglesia San Patricio del 5 al 9 de Agosto, 2024; de las 9:00 am  
a las 1:00 pm. También doy permiso a sacar fotos de mi hijo/a para promover este campamento en el futuro.  
Yo le doy permiso a mi hijo/a para participar en paseos si la condición del tiempo lo permite.

Yo declaro, liberar y descargar a la Iglesia de todo y todas reclamaciones por heridas personales, daños materiales que mi hijo/a pueda sufrir como resultado de la participación en el Campamento de Verano. No importa si estas heridas o daños son por las negligencias (activos o pasivos) de la Iglesia, sus empleados o sus voluntarios. Si es necesario que mi hijo/a reciba tratamiento medico durante su participación en Campamento de Verano yo doy permiso que los médicos, escogidos por la Iglesia, den los tratamientos médicos apropiados. Yo estoy de acuerdo liberar a la Iglesia y otras personas de la responsabilidad de pagar cualquier deuda que venga al hacer esta petición. **Yo entiendo que los beneficios de mi seguro medico son limitados.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/ Madre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha