

ALTAR SERVER & YOUTH OUTING

WATER WIZZ OF CAPE COD 3031 Cranberry Highway, E. Wareham, MA 02538 Tel: 508-295-3255

DATE: Tuesday, August 14, 2018

DEPART: 9:00 AM (Church *front* parking lot)

RETURN: 5:00 PM (to same parking lot)

NAME: _____ AGE: _____ HEIGHT: _____

Make your selection below:

ENTRANCE TICKET (\$25) \$ _____

BUS TRANSPORTATION (\$10) \$ _____

"optional" MEAL PLAN (\$15) \$ _____
(if you choose meal plan, make selection below) =====

TOTAL: \$ _____

(Cash or check payable to: **Our Lady of Guadalupe Parish**)



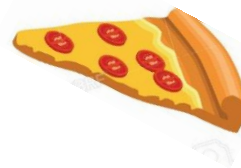
WaterWizz.com

Park Rules: The park rules will be explained on the bus before entering. Breaking the rules can result in expulsion from park. Locker rental is additional. Our newest attractions are Thunder Falls and Devil's Peak. No Glass or Alcohol allowed in park. All coolers and bags will be checked at the gate for glass and alcohol.

Optional Meal plan (make your selection below)

FOOD (your choice)

- Hamburger & fries
- Cheeseburger & fries
- chicken fingers & fries
- pizza (personal size)
- hot dog & fries



DRINK: a regular fountain beverage

SNACK: (your choice)

- fried dough
- cotton candy
- regular ice cream cone (2 scoops)



**PERMISO E INFORMACIÓN MÉDICA
CONSENTIMIENTO PARENTAL/LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ____ Altura: _____

Nombre del padre/guardián: _____

Dirección: _____ Celular: _____

Yo, _____ doyo permiso para que mi hijo(a), _____
Nombre del padre Nombre del niño

Participe en el evento parroquial que requiere transportación a un lugar fuera de la propiedad parroquial. Esta actividad será bajo la supervisión y dirección de la Parroquia Our Lady of Guadalupe Parish y/o sus voluntarios parroquiales.

Evento: **Excursión Juvenil al Water Wizz Water Park en Wareham, MA** Fecha del evento: **14 de agosto, 2018**
(Salida del parqueo en autobús @ 9AM; regreso apróx. 5PM) Persona a cargo: **Rev. Craig A. Pregana**

Como padre/guardián, me mantengo responsable legalmente de las acciones del menor arriba mencionado. Yo en mi nombre y en el nombre del niño, nuestros herederos, sucesores, y asignados en mantenernos inofensivos y defender a **Our Lady of Guadalupe Parish**, sus oficiales, directores, empleados y agentes, y a la **Diócesis de Fall River**, sus empleados y agentes, chaperones, o representantes asociados al evento, de cualquier reclamo que surja de o en conexión con mi hijo que asiste al evento o en relación con una enfermedad o lesión (incluyendo la muerte) o el costo del tratamiento médico en relación con esto, acuerdo compensar a la parroquia, sus oficiales, directores y agentes, y a la Diócesis de Fall River, sus empleados, agentes y chaperones, o cualquier representante asociado con el evento por honorarios y gastos razonables con el evento que puedan incurrir en cualquier acción en su contra como resultado de dicha lesión o daño, a menos que tal reclamo surja de la negligencia de la Parroquia o de la Diócesis de Fall River.

INFORMACIÓN MÉDICA

(De las siguientes declaraciones médicas, firme sólo las que le apliquen.)

ASUNTOS MÉDICOS: Yo garantizo que, a mi mejor conocimiento, mi hijo disfruta de buena salud y acepto toda responsabilidad por la salud del mismo.

- **Tratamiento médico de emergencia:** En caso de emergencia, doy permiso para transportar a mi hijo a un hospital para recibir tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. Deseo ser avisado previamente antes de cualquier tratamiento adicional por el doctor o el hospital. En caso que no puedan contactarme a los números anteriores, comuníquese con:

Contacto de emergencia: _____ Relación con el niño: _____

Celular: _____ Doctor de la familia: _____ Teléfono: _____

Plan de Seguro Familiar: _____ Póliza #: _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____

- **Medicamentos:** Mi hijo está tomando medicación en el presente. Mi niño traerá consigo todos los medicamentos necesarios debidamente etiquetados. Nombres de los medicamentos y las instrucciones precisas para la toma de dicha medicación, incluidas la dosis y frecuencia, son las siguientes:

Medicación: _____ Dosis/Frecuencia: _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____

- Doy permiso para medicamentos sin recetas (tales como: productos sin aspirina *como acetaminofén o ibuprofen, pastillas para la garganta, jarabe para la tos*) para ser administradas a mi hijo, si es necesario.

• Firma: _____ Fecha: _____

- **Información médica específica:** Reacción alérgica (*medicamentos, alimentos, insectos, etc.*): _____

Fecha de la última vacuna de tétanos/difteria: _____ ¿Limitaciones físicas? _____

¿El niño tiene una dieta prescrita médicamente? _____

¿Ha estado el niño expuesto a alguna enfermedad o condición contagiosa? _____

Otras condiciones médicas especiales de mi hijo: _____

Firma: _____ Fecha: _____

PERMISSION & MEDICAL INFORMATION

PARENTAL CONSENT FORM/LIABILITY WAIVER

Participant's name: _____ Date of birth: _____ Sex: ____ Height: _____

Parent/Guardian's name: _____

Home address: _____ Cel Phone: _____

I, _____ grant permission for my child, _____
Parent or guardian's name participant's name

to participate in this parish event that requires transportation to a location away from the parish site. This activity will take place under the guidance and direction of Our Lady of Guadalupe Parish and/or volunteers from the Parish.

Type of event: **Youth Outing to Water Wizz Water Park in Wareham, MA** Date of event: **August 14, 2018**
(Depart church via bus @ 9AM; return to church approx. 5PM) Individual in charge: **Rev. Craig A. Pregana**

As parent and/or legal guardian, I remain legally responsible for any personal actions taken by the above named minor ("participant"). I agree on behalf of myself, my child named herein, or our heirs, successors, and assigns, to hold harmless and defend **Our Lady of Guadalupe Parish**, its officers, directors, employees and agents, and the **Diocese of Fall River**, its employees and agents, chaperons, or representatives associated with the event, from any claim arising from or in connection with my child attending the event or in connection with any illness or injury (including death) or cost of medical treatment in connection therewith, and I agree to compensate the parish, its officers, directors and agents, and the Diocese of Fall River, its employees and agents and chaperons, or representative associated with the event for reasonable attorney's fees and expenses which may incur in any action brought against them as a result of such injury or damage, unless such claim arises from the negligence of the parish or the Diocese of Fall River.

MEDICAL INFORMATION

(Of the following statements pertaining to medical matters, sign only those that are applicable.)

MEDICAL MATTERS: I hereby warrant that to the best of my knowledge, my child is in good health and I assume all responsibility for the health of my child.

- **Emergency Medical Treatment:** In the event of an emergency, I hereby give permission to transport my child to a hospital for emergency medical or surgical treatment. I wish to be advised prior to any further treatment by the hospital or doctor. In the event of an emergency, if you are unable to reach me at the above numbers, contact:

Emergency Contact Name: _____ Relationship to child: _____

Cel Phone: _____ Family doctor: _____ Phone: _____

Family Health Plan Carrier: _____ Policy #: _____

Parent Signature: _____ Date: _____

- **Medications:** My child is taking medication at present. My child will bring all such medications necessary and such medications will be well-labeled. Names of medications and concise directions for seeing that the child takes such medications, including dosage and frequency of dosage, are as follows:

Medication: _____ Dose/Frequency: _____

Parent Signature: _____ Date: _____

- I hereby grant permission for non-prescription medication (*i.e. non-aspirin products such as acetaminophen or ibuprofen, throat lozenges, cough syrup*) to be given to my child, if deemed appropriate.

Signature: _____ Date: _____

- **Specific Medical Information:** Allergic reactions (*medications, foods, insects, etc.*): _____

Date of last tetanus/diphtheria immunization: _____ Physical Limitations? _____

Does child have a medically prescribed diet? _____

Has child recently been exposed to contagious disease or conditions? _____

Other special medical conditions of my child: _____

Signature: _____ Date: _____

ADULTOS – LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD / LIBERACIÓN MÉDICA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Yo, _____, acuerdo en mi nombre, de mis herederos, cesionarios,
Nombre completo

ejecutores y representantes a mantener sin culpa a la parroquia **Our Lady of Guadalupe Parish y a la Diócesis de Fall River**, sus oficiales, directores, empleados o representantes de cualquier culpa o daño o muerte de mi participación en el evento: **Excursión Juvenil al Water Wizz Water Park en Wareham, MA, el 14 de agosto, 2018.**

En caso de que necesitara tratamiento médico y no pudiera comunicar mis deseos a los doctores o cualquier personal médico, doy permiso para que se me administre el tratamiento de emergencia necesario.

Alergias

Por favor avise a los doctores que tengo las siguientes alergias: _____

Contacto de Emergencia

En caso de emergencia y para obtener un permiso más allá de los procedimientos de emergencia, favor contactar:

Nombre contacto de emergencia: _____

Relación conmigo: _____

Celular: _____ Otro teléfono: _____

Proveedor de Seguro Médico: _____

Número de Identificación del Seguro: _____ Número de Póliza: _____

Firma

Fecha

ADULTS - RELEASE OF LIABILITY/MEDICAL RELEASE

Name: _____ Date of Birth: _____

Address: _____

I, _____, agree on behalf of myself, my heirs, assigns,
Full Name

executors, and personal representatives, to hold harmless and defend **Our Lady of Guadalupe Parish, the Diocese of Fall River**, its officers, directors, agents, employees, or representatives from any and all liability for illness, injury or death arising from or in connection with my participation in the **Youth Outing to Water Wizz Water Park in Wareham, MA, on August 14, 2018**.

In the event that I should require medical treatment and I am not able to communicate my desires to attending physicians or other medical personnel, I give permission for the necessary emergency treatment to be administered.

Allergies

Please advise the doctors that I have the following allergies: _____

Emergency Contact Info

In case of an emergency and for permission for treatment beyond emergency procedures, please contact:

Emergency Contact Name: _____

Relationship to me: _____

Cel Phone: _____ Other phone: _____

Health Insurance Carrier: _____

Insurance ID Number: _____ Insurance Policy Number: _____

Signature

Date