

**Our Lady Queen of Peace
9600 West Atlantic Ave.
Delray Beach, FL 33446
561-499-6234**

**Catechetical Program Medical Release Form
(Consentimiento de trato médico)**

Nombre/Student Name: _____ Fecha de Nacimiento/Date of Birth: _____

I, _____, (parent/guardian/nombre de pariente) give Our Lady Queen of Peace Catholic Church Catechetical Program and its designated representative permission to transport and sign all forms related to the necessary medical treatment for _____ (child/nombre del estudiante).

I also permit any and all required medical treatment to be administered by qualified medical personnel, including calling 911. I understand the parish of Our Lady Queen of Peace is not responsible for expenses that may arise from such treatment.

List any/all medications the child is taking.
(Escriba todas las medicinas que el niño/a está tomando): _____

List any/all known allergies and medications the child is allergic to (Escriba a qué es alérgico el niño/a): _____

Please also indicate any special needs or information necessary to ensure the appropriate medical attention is provided.

Para los padres de habla hispana: Este formulario da permiso a la Iglesia Católica de Nuestra Señora. Reina de la Paz y a su representante designado para llamar al 911, transportar a su hijo/a a un hospital, y firmar la autorización para tratamiento médico en caso de que su hijo/a lo necesitara. Por favor anote las medicinas, alergias y otras necesidades especiales para ayudarnos a darle a su hijo/a el mejor cuidado posible.

+++++
I understand that photographs may be taken of my child during various activities in the program and consent to such photographs of my child as well as subsequent publication in media including, but not limited to, the following: internet, newsletter, newspaper, and/or periodical.

Entiendo que fotografías pueden ser tomadas de mi hijo/a durante las actividades del programa y doy mi consentimiento a esas fotografías y a su uso en medios de comunicación, incluyendo, pero no limitados a, Internet, boletines, y periódicos.

Firma/Parent/guardian: _____ Fecha/Date: _____

By signing this form you attest you have received the 'Requirements form' and understood all of the information pertaining to your child(ren) attending the program at OLQP.

Each year the Parish of Our Lady Queen of Peace is required by **the Diocesan Office of Protection of Children** to hold a session on Protecting God's children. These videos deal with different topics of sexual nature; they are age appropriate. The date of the sessions will be announced in the schedule and reminded weeks ahead. Parents are encouraged to attend the sessions with their children.

If you **DO NOT** want your child to participate please check the box.

+++++
La Oficina Diocesana de Protección de Niños requiere cada año que la Parroquia de Nuestra Sra. Reina de la Paz tenga una sesión sobre Protegiendo a los Niños de Dios. Los videos tienen diferentes temas de materia sexual y son apropiados para cada edad. La fecha de las sesiones se anuncia en el horario de comienzo de curso y se recuerdan varias semanas antes. Se les recomienda a los padres y madres que asistan con sus hijos.

Si usted **NO** quiere que su hijo/a participe en el programa por favor marque el cuadrado