

Permiso del Adulto y Formulario de Viaje

Nombre del Adulto _____ **Sexo** M o F
Dirección _____
Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Posta** _____
Teléfono _____ **Teléfono celular** _____
Correo electrónico _____

DETALLES DEL EVENTO

A continuación se describe brevemente la actividad:

Descripción del evento: ABLAZE 2017 Eucharistic Centered Retreat
Fecha del evento: November 10, 11, 12, 2017
Destino del evento: St. Monica Catholic Church, Family Center, Dallas, Texas
Hora estimada de salida y de llegada: _____
Medio de transporte hacia y desde el evento: _____

Permiso del Joven y Formulario de Viaje

Nombre de Contacto de Emergencia	Número Telefónico
Nombre de Contacto de Emergencia Adicional	Número Telefónico
Firma del Participante Adulto	Fecha

Permiso del Adulto y Formulario de Viaje

Nombre del Participante Adulto: _____

Información Medica:
La siguiente información es solicitada, pero no obligatoria.
Solo se usara en caso de emergencia

Compañía de Seguros: _____

Numero de Póliza: _____ **Numero de Identificación del Seguro:** _____

Fecha de Nacimiento _____

Medicamentos:
Indique a continuación los nombres de los medicamentos que toma de forma regular:

Reacciones alérgicas (medicamentos, alimentos, plantas, insectos, etc.) _____

Inmunizaciones: (fecha de la ultima vacuna del tétanos/difteria) _____

Otros medicamentos que el niño toma actualmente: _____

Limitación(es) física(s): _____

¿Alguna otra condición médica especial de la que deberíamos estar enterados?

