

TOTUS TUUS PARISH REGISTRATION FORM

Name of Parent/Guardian: _____

Phone: _____

Email: _____

Name(s) of Child(ren):	Allergies, Medications & Dosage, Medical Conditions, Food Restrictions:	Grade in 2024-2025:	T-Shirt Size (IF APPLICABLE)

ADDITIONAL EMERGENCY CONTACT INFORMATION:

*Name and phone number of an adult to reach in case of emergency in the event that you cannot be reached at the numbers above.

Name: _____ Phone: _____

Medical Authorization:

I understand that the Catholic Diocese of Madison and Totus Tuus assume no responsibility for accidents which may occur in association with diocesan events and activities. I agree to use my/our personal insurance to cover any such incidents. I understand that, in the event medical intervention is needed, every attempt will be made to contact the persons listed above. In the event those individuals cannot be reached, I/We hereby give permission to the physician or any other qualified medical staff selected by the event leader to hospitalize, secure medical treatment, and/or order injection, anesthesia, or surgery for Participant as deemed necessary.

Permission for Other Medical Matters:

____ **YES**, in the event it comes to the attention of the Diocesan and/or parish chaperones that my child complains of illness, I grant permission for non-prescription medication (such as Tylenol, lozenges, etc.) to be given to Participant.

Release of Liability for Youth and Adults:

I understand all reasonable safety precautions will be taken at all times by the Catholic Diocese of Madison and Totus Tuus and its employees and agents during the events and activities. I understand the possibility of unforeseen hazards and know the inherent possibility of risk. I agree to indemnify and hold harmless the Catholic Diocese and Totus Tuus, its leaders, employees and volunteer staff from any and all claims arising from or in connection with attending this event.

Code of Behavior for Youth and Adults:

I agree to abide by and/or instruct my child to abide by all rules and regulations as outlined by the aforementioned chaperones/representatives. I agree that if I/Participant fail(s) to abide in any way by the rules, that I/Participant can be dismissed from the event and sent home immediately at my/Participant's expense with no right of reimbursement or refund for any amount in connection therewith from the Catholic Diocese of Madison or its chaperones/representatives.

Photo release:

____ **YES**, I hereby authorize the Catholic Diocese of Madison and Totus Tuus and its agents to utilize photographic and/or video images of me or my child by the Catholic Diocese of Madison. In giving my consent, I hereby indemnify and hold harmless the Catholic Diocese of Madison and Totus Tuus and its agents from any and all responsibility of liability. I understand that I will receive no compensation should any photograph and/or video of me or my child be used.

Signature of Parent/Guardian: _____

Date: _____

FORMULARIO PARROQUIAL DE INSCRIPCIÓN A *TOTUS TUUS*

Nombre de los padres/apoderados: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre de los niños:	Alergias, medicinas y dosis, condiciones médicas, restricciones alimentarias:	Grado en 2024-2025:	Talla de camiseta

INFORMACIÓN ADICIONAL DE CONTACTO DE EMERGENCIA: Nombre y teléfono de un adulto con quien podamos comunicarnos en una emergencia, en caso de que no podamos comunicarnos con usted(es) a los números que figuran en la parte superior.

Nombre _____ Teléfono _____

Nombre del médico general _____ Teléfono _____

Compañía de seguros _____ Póliza # _____

Autorización médica:

Entiendo que la Diócesis Católica de Wichita y *Totus Tuus* no asumen ninguna responsabilidad por accidentes que pudieran ocurrir relacionados con eventos y actividades de la diócesis. Me comprometo a utilizar mi/nuestro seguro personal (*aseguranza*) para cubrir cualquiera de estos incidentes. Entiendo que, en el caso de necesidad de intervención médica, se hará todo lo posible para ponerse en comunicación con las personas indicadas en la parte superior. En caso de no lograr comunicarse con dichas personas, yo/nosotros doy/damos autorización al médico o cualquier otro personal médico calificado, seleccionado por el líder del evento, a hospitalizar, asegurar el tratamiento médico, u ordenar inyecciones, anestesia o cirugía para el participante, si lo considera necesario.

Permiso para otros asuntos médicos:

___ **SÍ**, en el caso de que los chaperones de la diócesis o parroquia se den cuenta de que mi niño se queja por estar enfermo, otorgó permiso para que se le dé medicamentos sin receta (como Tylenol, pastillas para la tos, etc.).

Exoneración de responsabilidad de los jóvenes y adultos:

Entiendo que se tomarán todas las precauciones de seguridad razonables en todo momento por parte de la Arquidiócesis/Diócesis Católica de Wichita y *Totus Tuus* y sus empleados y agentes durante los eventos y actividades. Entiendo la posibilidad de riesgos imprevistos y conozco la posibilidad inherente de riesgos. Estoy de acuerdo en exonerar y liberar de responsabilidad a la Arquidiócesis/Diócesis Católica de Wichita y *Totus Tuus*, sus dirigentes, empleados y voluntarios por cualquier reclamo que surja en relación con la asistencia a este evento.

Código de conducta para jóvenes y adultos:

Acepto acatar e instruir a mi hijo a acatar todas las reglas y reglamentos expuestos por los mencionados chaperones/representantes. Estoy de acuerdo en que si el participante o yo no cumplimos en algún modo con las reglas, tanto el participante como yo podemos ser despedidos del evento y enviados a casa inmediatamente, con cargo a mi costo y el del participante, sin derecho a reintegro o devolución de ninguna cantidad en relación con ello, de parte de la Diócesis Católica de Wichita o sus chaperones o representantes.

Autorización para la toma de fotografías:

___ **SÍ**, autorizo a la Diócesis Católica de Wichita y *Totus Tuus* y a sus agentes a utilizar fotografías o videos de mi hijo o míos. Al dar mi consentimiento, exoneró y libero de toda responsabilidad a la Diócesis Católica de Wichita. Entiendo que no recibiré compensación en caso de que alguna fotografía o video de mi hijo o míos sean usados.

Firma del padre/apoderado _____ Fecha _____