



**FIELD TRIP ADULT LIABILITY WAIVER**

*Return Completed Form to Parish/School/Ecclesiastical Organization*

*Each adult participant, including group leaders and chaperones, must sign this form.*

I, \_\_\_\_\_, agree on behalf of myself, my heirs, assigns,  
Full Name (Print)

executors, and personal representatives, to hold harmless and defend

\_\_\_\_\_, The Archdiocese of Denver, and its  
Parish/School/Organization (Print)

officers, directors, agents, employees, or representatives associated with the field trip from any and all liability claims, loss or damage arising from or in connection with my participation in the field trip.

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.

Please advise the doctors that I have the following allergies:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Name: \_\_\_\_\_

Relationship to me: \_\_\_\_\_

Daytime Phone: \_\_\_\_\_ Night time phone: \_\_\_\_\_

Health Insurance Carrier: \_\_\_\_\_

Insurance ID Number: \_\_\_\_\_ Insurance Policy Number: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date



**EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA LOS ADULTOS QUE VAN AL PASEO**

FIELD TRIP ADULT LIABILITY WAIVER

*Devolver la Forma Llena a la Parroquia/Escuela/Organización Eclesiástica*

*Cada adulto participante, incluyendo los líderes de grupo y acompañantes deben firmar esta forma.*

Yo, \_\_\_\_\_, acepto en mi nombre, por mis herederos,  
Nombre completo (En letra de imprenta)  
comisionados, albaceas y representantes personales, liberar de responsabilidad y proteger a

\_\_\_\_\_, La Arquidiócesis de Denver, y su  
Parroquia/Escuela/Organización (En letra de imprenta)  
cuerpo directivo, superiores, agentes, empleados o representantes asociados con el paseo por cualquier reclamo de responsabilidad, pérdida o perjuicio que obedezca a o en relación a mi participación en el paseo.

En caso que requiera tratamiento médico y no pueda comunicar mis deseos a los médicos a cargo u otro personal médico, doy mi consentimiento para que se administre el tratamiento de emergencia necesario.

Favor de comunicar a los médicos que padezco las siguientes alergias:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de emergencia y para dar autorización de tratamiento más allá de los procedimientos de emergencia, comunicarse con:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono diurno: \_\_\_\_\_ Teléfono nocturno: \_\_\_\_\_

Seguro médico: \_\_\_\_\_

Número de identificación del seguro: \_\_\_\_\_

Número de póliza del seguro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha