**Why Should I fill out a S.M.E.R.F. for my teenager?**
**Porque debo de llenar una forma de S.M.E.R.F para mi Hijo?**



1) It will allow the Grace Students staff and volunteers to authorize emergency medical treatment if something happens at youth group or at an event.
2) The information on the SMERF form will make it easier for the Grace Students staff to contact me via text message or phone should something occur.
3) I have the option of receiving updates on Grace Student's events via email, cell phone or text message.
4) I can decide to allow or not allow photos of my child to be used in publications for events or web content.

**SMERF**: Student Medical Emergency Release Form

**Grace Students Leads**: Kara@yakimagrace.com or jahzeel@yakimagrace.com

**Grace of Christ Presbyterian Church**

**9 S 8th Ave Yakima 98902 | 509.248.7940 | YakimaGrace.com**

1) Dejaría a los empleados o voluntarios de Grace a dar, en una emergencia, autorización de tratamiento médico si pasa algo durante grupo de jóvenes o en un evento.
2) Sería más fácil con la información en la forma SMERF para los empleados de Grace a contactar me por medio de texto o llamada si ocurre algo.
3) Tengo la opción de recibir actualizaciones de los eventos del grupo de jóvenes por medio de texto, llamada, o correo electrónico.
4) Puedo tomar la decisión de si/no dar permiso del uso de fotografías o videos de mi hijo/a en publicaciones de eventos o uso en redes sociales.

**SMERF**: Forma de Liberación de Emergencia Médica del Estudiante

**Contactos**: Kara@YakimaGrace.com o Jahzeel@YakimaGrace.com

**Grace of Christ Presbyterian Church**

**9 S 8th Ave Yakima 98902 | 509.248.7940 | YakimaGrace.com**

# S. M.E.R.F. (Student Medical Emergency Release Form)

GRACE STUDENT MINISTRIES

## 2025-2026

| | |
|---|---|
| **Name** | |
| **Grade** | |
| **Birthday** | |
| **Address** | |
| **Parent's Names** | |
| **Parent's Cell Phone** | Text? ☐Yes ☐No |
| **Parent's Home Phone** | |
| **Parent's Contact Email** | |
| **Student's Email** | Mailing List? ☐Yes ☐No |
| **Student's Cell Phone** | Text? ☐Yes ☐No |
| **INSURANCE CO.** | |
| **Student is allergic to:** | |
| **Student has the following medical condition:** | |
| **Emergency Contact Name/Phone** | |

☐ Middle School ($6^{th}$ – $8^{th}$) or □ High School ($9^{th}$ – $12^{th}$)

I wish to receive **Event Updates** via: email □ text □ both □

**MEDICAL RELEASE:** In case of emergency, I understand that a reasonable effort will be made to contact me. If I cannot be reached, I hereby give an agent of Grace of Christ Presbyterian Church the permission to act in my behalf to seek emergency medical treatment for my child / dependent in the event that he/she deems such treatment necessary. I give permission to any licensed physician selected by this agent to administer such emergency treatment as said physician in his/her judgment deems necessary in the circumstances, and hereby absolve Grace of Christ Presbyterian Church, its agents and employees, from any and all liability resulting from their performance with these instructions.

_____

Signature of parent or legal guardian **Emergency Contact Person** and Phone Number

**PHOTO RELEASE:** I give permission for photographs of my student to be used in Grace of Christ Presbyterian Church and Student Ministries publications and advertisements on paper and on the web. I understand that photos may be posted within the church or on power point slides.

_____

Signature of parent or legal guardian

# S. M.E.R.F. (Forma de Liberación de Emergencia Médica del Estudiante)

Ministerios de Jóvenes de Gracia de Cristo

## 2025 - 2026

| | |
|---|---|
| ***Nombre de Estudiante** | |
| ***Grado** | |
| **Cumpleaños** | |
| ***Dirección** | |
| ***Nombre de los Padres** | |
| ***Número de Celular de los Padres** | ¿Texto? ☐Yes ☐No |
| **Número de Teléfono de Casa de los Padres** | |
| **Correo Electrónico de los Padres** | |
| **Correo Electrónico de los Estudiante** | ¿Lista de Correo? ☐Yes ☐No |
| ***Número de Celular del Estudiante** | ¿Texto? ☐Yes ☐No |
| **COMPAÑIA DE SEGUROS** | |
| **Estudiante tiene Alergias:** | |
| **Estudiante Tiene Condiciones Médicas:** | |
| ***Nombre de Contacto de Emergencia y Número de Teléfono** | |

☐ Secundaria (6° – 8°) **o** ☐ Preparatoria (9° – 12°)

Deseo recibir las Actualizaciones del eventos a través de: Correo Electrónico ☐ Texto ☐ Ambos ☐

**LIBERACIÓN MÉDICA:** En caso de emergencia, entiendo que se hará un esfuerzo razonable para contactarme. Si no me pueden contactar, le doy permiso a un empleado de la Iglesia Presbiteriana Gracia de Cristo para que actúe en mi nombre para buscar tratamiento médico de emergencia para mi hijo/a dependiente en caso de que considere que dicho tratamiento es necesario. Doy permiso a cualquier médico autorizado seleccionado por este agente para administrar el tratamiento de emergencia que dicho médico juzgue necesario según las circunstancias, y absuelvo a la Iglesia Presbiteriana Gracia de Cristo, sus agentes y empleados, de cualquier responsabilidad que resulte de su desempeño con estas instrucciones.

_____

Firma del padre o tutor legal Persona de contacto de emergencia y número de teléfono

**PUBLICACIÓN DE FOTOS Y VIDEOS:** Doy permiso para que las fotografías o videos de mi hijo/a se utilicen en publicaciones y anuncios de la Iglesia Presbiteriana Gracia de Cristo de Yakima y el Ministerios de los estudiantes en papel y por redes sociales. Entiendo que las fotos pueden publicarse dentro de la iglesia o en diapositivas de PowerPoint.

_____

Firma del padre o tutor legal