



Release Authorization Form
Faith Formation
St Michael Catholic Church

I _____ authorize _____
Parent Name Authorized Person

To pick up my teen _____
Teen/student name

from the Faith Formation class/event: **PDV Retreat St. Raymond Church Dublin, CA on Nov. 14-16, 2025**

Parent Signature Date:

Yo _____ autorizo a _____
Nombre del Padre Persona Autorizada

Para que recoja a mi joven _____
Nombre del Jóven/Estudiante

De la clase/evento de Formación de Fe: **PDV Retreat St. Raymond Church Dublin, Ca on Nov. 14-16, 2025**

Firma del Padre Fecha: