



Release Authorization Form
Faith Formation
St Michael Catholic Church

I _____ authorize _____
Parent Name *Authorized Person*

To pick up my teen/student _____
Teen/student name

from the Faith Formation class/event: _____

Parent Signature

Date:

Yo _____ autorizo a _____
Nombre del Padre *Persona Autorizada*

Para que recoja a mi joven/estudiante _____
Nombre del Joven/Estudiante

De la clase/evento de Formación de Fe: _____

Firma del Padre

Fecha: