



Renuncia y Liberación de Responsabilidad

CENTRO DE BIENESTAR DE LINDSAY Y DEPARTAMENTO DE RECREACIÓN



| CONTACTO DE PARTICIPACIÓN Y INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------|-------------|
| Nombre del participante: | Circule uno: Macho Femenina | | Cumpleaños: |
| Condiciones Medicas: | | | Grado: |
| Medicamentos: | | | |
| Dirección de envío: | | | |
| Correo Electronico: | | | |
| Nombre del Padre/Tutor: | | Teléfono durante el día: | |
| Contacto de emergencia: No es un padre o tutor | | | |
| Teléfono durante el día: | | Teléfono celular: | |

Yo, el abajo firmante, certifico que estoy en buenas condiciones físicas y deseo participar en el Centro de Bienestar de Lindsay. Si estoy embarazada, yo entiendo que puedo estar limitado a las actividades en las que participo. Por la presente reconozco que he solicitado voluntariamente participar en actividades recreativas en el Centro de Bienestar de Lindsay.

Soy consciente de que ocasionalmente ocurren accidentes graves junto con los tipos de actividades que se ofrecen en el Centro de Bienestar de Lindsay; y que los participantes puedan sufrir lesiones graves o incluso la muerte y/o daños materiales como consecuencia de los mismos. Entiendo que existe riesgo de lesiones en los músculos, tendones, ligamentos, articulaciones, tobillos, piernas, brazos, muñecas y manos al competir en las actividades que se ofrecen en el Centro de Bienestar Lindsay. Entiendo que ninguno de los equipos de la piscina, equipo de ejercicio o instalaciones de actividades puede ser garantizado que está libre de defectos y que existe un riesgo de lesión como resultado del desgaste normal de los mismos. Entiendo que en además de los riesgos mencionados anteriormente, existen peligros impredecibles involucrados en los tipos de actividades que se ofrecen en Centro de Bienestar de Lindsay. Sin embargo, si observo algún peligro inusual y/o significativo, lo comunicaré al personal más cercano oficial inmediatamente y retirarme de la participación si es necesario.

En consideración a mi participación en las actividades que se ofrecen en Centro de Bienestar de Lindsay, libero voluntariamente el Centro de Bienestar de Lindsay, la Ciudad de Lindsay, o sus funcionarios, agentes, empleados y voluntarios de toda responsabilidad por lesiones o muertes, o daños a la propiedad que resulten de mi participación en las actividades ofrecidas en el Centro de Bienestar de Lindsay o estén relacionados de alguna manera con esta, y entiendo que esta renuncia y liberación es aplicable incluso a través de las actividades negligentes del Centro de Bienestar de Lindsay, la Ciudad de Lindsay, los patrocinadores, o sus funcionarios, agentes, empleados o voluntarios pueden haber causado de mis herederos y dependientes, así como mí mismo.

Asumo libre y voluntariamente todos los riesgos de participar en estas actividades. También certifico que estoy en buena forma física, tengo suficientemente capacitados para participar en las actividades que se ofrecen en el Centro de Bienestar de Lindsay y no han sido informados de lo contrario por personal médico calificado. Le autorizo a llamar a mi médico de familia en caso de emergencia. Entiendo que puedo ser fotografiado. Yo acepto permitir que mis fotos, videos o imágenes de películas sean utilizadas para cualquier propósito legítimo por parte de los funcionarios del programa, productores, patrocinadores, organizadores o asignados. Por último, acepto y acato las normas y reglamentos del Centro de Bienestar de Lindsay y la Ciudad de Lindsay. He leído este acuerdo de liberación de responsabilidad y asunción de riesgo, lo entiendo completamente y lo firmo libre y voluntariamente sin incentivos.

Si un participante aún no es mayor de edad, su padre o tutor legal debe leer y aceptar la exención de responsabilidad.

| | | |
|-------------------------|------------------------|-------|
| Nombre del Participante | Firma del Participante | Fecha |
|-------------------------|------------------------|-------|

| | | |
|------------------------|-----------------------|-------|
| Nombre del Padre/Tutor | Firma del Padre/Tutor | Fecha |
|------------------------|-----------------------|-------|