NOMBRE DEL PADRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE Y EDAD DEL HIJO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOMICILLO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO EMERGENCIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FORMA DE REGISTRACION CAMPAMENTO DE DIA ACADÉMICO SAFE PASSAGE YOUTH FOUNDATION**

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**SAFE PASSAGE YOUTH FOUNDATION ACUERDO, RESIGNACIÓN, LIBERACIÓN**

En limitaciones de ser permitido por el SAFE PASSAGE YOUTH FOUNDATION ("SPYF"), City of Thousand Oaks ("CTO"), El Distrito Escolar Unificado de Conejo Valley ("CVUSD") y la CONEJO CREEK HOMEOWNERS ASSOCIATION ("CCHA") de participar en las actividades previamente descritas, Por este medio renuncio, libero, y descargar con antelación a SPYF, CTO, CVUSD, y CCHA (sus directivos, empleados y agentes) de cualquier cargo que surja de lo que pueda resultar en concesión con mi participación en ciertas actividades, incluyendo la negligencia activa o pasiva por cada uno de los nombrados arriba o cualquier otro participante en el evento . Las partes de este ACUERDO entienden que este documento no pretende liberar cualquier parte de ningún acto u omisión o "negligencia grave", ya que este término es usa en la jurisprudencia aplicable y / o disposición legal. Se entiende que estas actividades involucran un elemento de riesgo y peligro de accidentes y conociendo estos riegos, yo asumo estos riesgos. Se acuerda además que esta renuncia, liberación y asunción de riesgo es vinculante para mis herederos y cesionarios. Estoy de acuerdo en indemnizar y mantener a la persona o entidades anteriores libres e inofensivas de cualquier pérdida, responsabilidad, daño, costo o gasto en el que pueda incurrir como resultado de mi muerte o cualquier daño o daño a la propiedad que pueda sufrir mientras participo en diversas actividades. Además, yo comprendo que mi participación en las actividades afectadas anteriormente me expone al riesgo de daños personales, muerte, enfermedades transmisibles, enfermedades, virus, y / o daños materiales. Por este medio yo reconozco que estoy participando voluntariamente en esta actividad y acepto asumir dicho riesgo.

**LIBERACIÓN DE CLASE VIRTUAL CAMPAMENTO DE DIA ACADÉMICO:** Por la presente garantizada y acepto que las condiciones de mi ambiente son seguras, libres de obstrucciones, y adecuadas para participar en la actividad mencionada anteriormente. Además, entiendo y acepto que cualquier material descargado, visto, o de otra manera obteniendo a través de mi participación en dicha actividad se realiza bajo mi propio riesgo y el SPYF no es responsable por ninguna pérdida, alteración, corrupción, u otro daño a mi propiedad personal, incluidas computadoras, redes y otros bienes usados ​​por parte de mi participación.

**AUTORIZACIÓN FOTOGRÁFICA:** Yo entiendo que se pueden tomar fotografías durante estas actividades y por el presente otorgo permiso al SPYF para usar varias fotografías para publicidad o en materiales promocionales.

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES:** (debe ser completado y firmado por el padre / madre / tutor legal si el solicitante es menor de 18 años de edad) Por el presente doy mi consentimiento para que las personas previamente participantes participen en las actividades anteriores y, por la presente, ejecuto el Acuerdo, la Renuncia y la Liberación anterior en su / su / su nombre. Declaro que dichos menores son físicamente capaces de participar en diversas actividades. Por la presente, acepto indemnizar y mantener a las personas y entidades afectadas previamente libres e inofensivas de cualquier pérdida, responsabilidad, daño, costo o gasto en el que puedan incurrir como resultado de la muerte o cualquier lesión o daño a la propiedad que dichos menores pueden sufrir mientras participan en diversas actividades.

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA**: Participante padre, tutor legal o tutor designado del participante de este programa, doy mi consentimiento para que SAFE PASSAGE YOUTH FOUNDATION obtenga atención médica o dental para mí o para mi dependiente como recetado por un profesional médico debidamente autorizado. Este cuidado puede ser brindado en cualquier condición que sea necesaria para preservar la vida, una extremidad y el bienestar de mí mismo o de mi dependiente.

HE LEÍDO CUIDADOSAMENTE ESTE ACUERDO, LA EXENCIÓN Y LA LIBERACIÓN Y ENTIENDO COMPLETAMENTE SU CONTENIDO. TENGO EN CUENTA QUE ESTO ES UNA LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y UN CONTRATO ENTRE MÍ MISMO

Y SAFE PASSAGE YOUTH FOUNDATION Y LO FIRMO DE MI VOLUNTAD LIBRE.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERMISO PARA QUE MI HIJO CAMINAR A CASA DESDE EL CAMPAMENTO ACADÉMICO**

**SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_. Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**