

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Lugar/Fecha/Hora: \_\_\_\_\_ Precio: \$ \_\_\_\_\_

Nombre del Programa \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_ (célular) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Contacto(s) en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: (casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_ (célular) \_\_\_\_\_

Por favor indique condiciones médicas, alergias o acomodaciones especiales: \_\_\_\_\_

**MARQUE TODAS LAS ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS QUE CORRESPONDAN:**

**EL PADRE/TUTOR LEGAL DEBE INICIAR DESPUÉS DE CADA ACTIVIDAD MARCADA.**

- | <u>Iniciales del padre/tutor legal</u> | <u>Iniciales del padre/tutor legal</u> | <u>Iniciales del padre/tutor legal</u> |
|--|--|--|
| 1. [ ] Parque de Atracción _____       | 6. [ ] Escalada de Roca _____          | 11. [ ] Tiro de Arco _____             |
| 2. [ ] "Rafting" en Aguas Bravas _____ | 7. [ ] Ciclismo _____                  | 12. [ ] Patinaje _____                 |
| 3. [ ] Montar a Caballo _____          | 8. [ ] Cuerdas Altas/Bajas _____       | 13. [ ] OTRA _____                     |
| 4. [ ] Gimnasia _____                  | 9. [ ] Natación _____                  |  |
| 5. [ ] Botes/Kayak _____               | 10. [ ] Carritos/karts _____           |  |

**AUTORIZACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR LEGAL:** Entiendo que la participación en las actividades especiales establecidas anteriormente conlleva riesgos, incluyendo el riesgo de lesiones graves o la muerte. Reconozco que cualquier actividad que consiste, pero no está limitado a: el agua, la altura, el movimiento y rotación en un ambiente único puede ser muy peligrosa. Yo entiendo y reconozco que la participación en cualquiera de las actividades enumeradas es puramente voluntaria y los participantes no deben participar en cualquier actividad fuera de su condición física o médica que los haga sentir incómodos o inseguros. A través de este formulario, autorizo al personal de M-NCPPC para obtener tratamiento médico u hospital para el participante, en caso de una emergencia.

Garantizo que, si el participante es menor de edad, soy su padre /representante legal y estoy autorizado(a) para proveer autorizaciones y permisos establecidos dentro de este formulario y garantizo que toda la información proveída es exacta y completa. Doy permiso al participante, nombrado arriba, a participar en el programa de M-NCPPC, incluyendo el transporte en vehículos habilitados (Vehículos de M-NCPPC, autobuses escolares del Departamento de Educación o autobuses comerciales). Reconozco que el Departamento de Parques y Recreación M-NCPPC tiene una política de conducta en los programas e instalaciones de recreación y por este medio estoy de acuerdo que el participante está sujeto a políticas dichas, incluyendo las disposiciones disciplinarias.

Yo, individualmente y en favor de mi hijo(a)/pupilo(a), por cualquier y todos los herederos y representantes personales, por la presente libero por siempre a La Comisión de Parques y Planificación de Maryland- Área de la Capital Nacional (M-NCPPC por sus siglas en inglés), así como a las entidades individuales relacionadas con la Comisión, incluyendo pero no limitado a los comisarios, directores, oficiales, empleados, agentes, directores, abogados y sucesores de la Comisión y a todos las personas que actúen por, a través, por debajo o en concierto con cualquiera de ellos de cualquier y todo reclamo, obligaciones, deudas, demandas, acciones, causas de acción, juicios, cuentas, pactos, contratos, acuerdos y daños de todo nombre y naturaleza, tanto en la ley y la equidad, que ahora tengo o puedo tener en el futuro relacionado u ocurriendo durante o resultando fuera de, cualquier herida sostenida por mí o mi hijo(a) como resultado de su participación en los programas mencionados anteriormente.

**POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE. ÉSTA AUTORIZACIÓN DE RESPONSABILIDAD CONTIENE UNA EXONERACIÓN DE RECLAMOS CONOCIDOS Y DESCONOCIDOS POR USTED Y SU HIJO(A). AL FIRMAR ABAJO, RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO ÉSTA AUTORIZACIÓN DE RESPONSABILIDAD, Y DELIBERADAMENTE Y VOLUNTARIAMENTE FIRMO A CONTINUACIÓN.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante/Padre o Tutor Legal (si el participante es menor de 18 años de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha