

TRIPS FOR KIDS CHARLOTTE

ESTE FORMULARIO DEBE SER LEIDO, LLENADO A CABALIDAD, FIRMADO Y ENTREGADO AL LIDER DE TRIPS FOR KIDS ANTES QUE EL PARTICIPANTE PUEDA IR EN LA EXCURSION INDICADA ABAJO.

ACUERDO EXPRESO DE ASUNCION DE RIESGO, EXONERACION, INDEMNIFICACION

En consideración por los servicios de Trips for Kids Charlotte, sus líderes de excursiones, oficiales, agentes y voluntarios (colectivamente referidos aquí como "TFK"), yo, en nombre de mi mismo y/o como el padre de familia o guardián del niño menor participante en la actividad de TFK, y nuestros herederos, acordamos a lo siguiente:

Yo entiendo y estoy anuente que escalar (hiking), caminatas con mochilas (backpacking), navegación en ríos (rever rafting), navegación en canoa, manejar bicicleta en montaña, nadar y actividades relacionadas que incluyen, entre otras, usar el equipo de TFK, tales como estufas de campamento, fogatas, cuchillos, tiendas de campaña, mochilas (backpacks), balsas, canoas y bicicletas (referidas aquí como "Actividad"), y transporte a y de tal Actividad, son **ACTIVIDADES PELIGROSAS** que involucran **RIESGOS INHERENTES Y OTROS** de herida a alguna o todas las partes del cuerpo. También entiendo que las heridas en las Actividades son una **OCURRENCIA ORDINARIA Y COMUN**, y que he hecho una decisión voluntaria por mi mismo y/o el niño menor indicado abajo y **ACEPTO Y ASUMO TODOS LOS RIEGOS DE ENFERMEDAD, HERIDA O MUERTE** que pudieran estar asociados con o resultar de esta Actividad.

A la mayor extensión autorizada por la ley, estoy de acuerdo en **EXONERAR DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD y de INDEMNIFICAR Y MANTENER ILESO** al TFK de cualquier y toda responsabilidad con respecto a, o en cualquier forma resultante de, heridas personales, muerte o daño de propiedad, aun cuando causado por **NEGLIGENCIA**, en cualquier forma conectada con esta Actividad. Además, **ACUERDO NO HACER NINGUN RECLAMO O DEMANDA POR HERIDAS O DANOS RELACIONADOS CON ESTA ACTIVIDAD**, aun si fueran causados por **NEGLIGENCIA**.

Entiendo y acuerdo que este Acuerdo tiene la intención de ser tan amplio e inclusivo como lo permita la ley, y si alguna porción fuera inválida, el balance continuara en fuerza completa legal y efecto. Estoy de acuerdo en que aparte de este Acuerdo no se han hecho presentaciones orales, declaraciones o inducimientos.

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO Y DE PRIMEROS AUXILIOS

Reconozco que cuidado médico o dental puede ser necesario para mi y/o mi niño menor. Por este medio **NOMBRE AL LIDER DE EXCURSION CERTIFICADO DE TFK COMO GUARDIAN TEMPORAL DE MI HIJO MENOR** participante en la excursión para los propósitos de hacer arreglos para o la provisión de asistencia médica. Por este medio **AUTORIZO AL LIDER DE TFK PARA QUE HAGA ARREGLOS O PROVEA A MI MISMO O A MI NIÑO MENOR CON PRIMEROS AUXILIOS, CUIDADO DE EMERGENCIA O CUALQUIER OTRA ASISTENCIA MEDICA** en el caso de accidente, enfermedad o herida, incluyendo y sin limitación, evacuación por helicóptero, servicio de ambulancia, medicamento, hospitalización y cirugía, y a ejecutar tales formularios, consentimientos y exoneraciones como sea necesario, apropiado o deseable bajo las circunstancias. Además, autorizo al líder de la excursión de TFK a delegar la autoridad otorgada por este medio a tales otras personas como el o ella en su sola discreción pueda seleccionar. **ESTOY DE ACUERDO EN**

PAGAR POR TODOS LOS GASTOS Y COSTOS ASOCIADOS CON TAL CUIDADO Y TRANSPORTE RELACIONADO. POR ESTE MEDIO RECONOZCO QUE TODA LA INFORMACION QUE HE PROVEIDO EN LA PAGINA UNO Y PAGINA DOS DE ESTE ACUERDO ES VERDADERA, CORRECTA Y COMPLETA. ESTOY DE ACUERDO EN ACTUALIZAR LA PAGINA DOS DE ESTE ACUERDO SEGUN SEA NECESARIO. POR ESTE MEDIO RECONOZCO QUE HE LEIDO EN SU TOTALIDAD, ENTENDIDO Y ACEPTADO CADA UNA DE LAS PROVISIONES ANTERIORES, Y VOLUNTARIAMENTE FIRMADO ESTE ACUERDO.

Para realizar nuestras metas, Trips for Kids envía comunicados y fotografías a los periódicos, radio, televisión, el Internet, y usamos fotos en nuestras publicaciones. Es un derecho individuo decidir si da o no da permiso para usar fotos de si mismo o su nombre en las actividades mencionadas para publicar a Trips for Kids. Con esto, yo autorizo que Trips for Kids puede usar cualquier foto tomada de mi durante participación en actividades de Trips for Kids.

_____ SI _____ NO

Nombre del Participante Edad Nombre del Padre de Familia o Guardián Del Participante

Firma del Participante o Padre de Familia/Guardián del Menor Participante Fecha

INFORMACION MÉDICA DE EMERGENCIA DEL PARTICIPANTE

Esta información puede ser usada para mas de una excursión. Usted debe informar al líder de la excursión si alguna de esta información cambia de excursión a excursión.

Nombre del Participante _____

Nombre del Padre de Familia o Guardián (del Menor Participante) _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha de la vacuna mas reciente _____

Alegáis a Medicamentos, Comidas, Picadas de Insectos, Etc.: _____

Liste todos los medicamentos para los cuales el participante actualmente tiene prescripción e indique cuales el participante estará tomando durante la(s) excursión(es):

Liste todas las condiciones medicas de las cuales el líder de la excursión debe saber o las cuales afectan la habilidad del participante de participar en actividades (tales como asma, enfermedades del corazón, diabetes o impedimento neuromuscular o squeueletal).

Doctor de la Familia _____

Nombre Dirección Telefono _____

Compañía de Seguro Medico _____ Numero de Póliza _____

Lista de personas que debemos llamar en caso de una emergencia. Trataremos de contactarlos en el orden en que están nombrados abajo.

1. _____
Nombre Relación al Participante Teléfono en el Día Teléfono en la Noche

2. _____
Nombre Relación al Participante Teléfono en el Día Teléfono en la Noche