



Hoja de liberación de Covenant Harbor

Información del participante

Nombre _____ Grupo _____

Dirección _____

Ciudad/estado _____ Código postal _____

Telefono _____ Edad si es menor de 18 _____

(,Alguna limitación para la participación? (física, médica, de conducta) _____

(,Alguna alergia? (de comida, medicina, ambiental) _____

Si es de comida: D leve /preferencia /el huésped la puede manejar por sí mismo

D moderada /el huésped la puede manejar por sí mismo

D seria /peligra su vida

(,Alguna otra preocupación de la participación? _____

Contacto de emergencia _____ Relación _____ Telefono _____

El estatuto HFS 175.15 de Wisconsin requiere que el campamento obtenga los nombres y las direcciones de cada participante, incluyendo la información de contacto en caso de emergencia.

Liberación y exoneración de responsabilidad

Por medio de la presente, doy mi consentimiento para que el participante mencionado anteriormente participe completamente en todas las actividades del campamento, salidas, y viajes escolares llevados a cabo en, y fuera del palanetel de Covenant Harbor, reconociendo que hay riesgos conocidos y desconocidos, previsible y no previsible que suceden al participar en estas u otras actividades similares. Covenant Harbor ha tomado pasos razonables y prudentes para reducir los riesgos conocidos y previsible. Entiendo que las actividades puedan ser estresantes y/o al exterior, y estoy de acuerdo que la participación en las actividades es voluntaria. Entiendo y estoy de acuerdo que ni a Covenant Harbor ni a sus administradores, fiduciarios, oficiales, directores, empleados, agentes, o representantes se les podrá imputar responsabilidad en cualquier manera por cualquier daño, lesión, mal, o muerte que pueda ocurrir al participante anteriormente mencionado como resultado de su participación en estas actividades; y por medio de la presente libero, guardo y mantengo indemne a los mencionados previamente de tal daño por participación en estas actividades. Además, doy consentimiento a cualquier y a todo el tratamiento médico que sea necesario para el participante si él/ella requiere tal ayuda. Estoy de acuerdo que mi plan de seguro es el plan principal que pague el cuidado médico, dental u hospitalario, o tratamiento que se le de al participante. Estoy de acuerdo en permitir a Covenant Harbor a transpartar al participante si fuere necesario y usar una fotocopia de esta forma como mi autorización cuando sea necesario. Covenant Harbor podrá usar la foto, video, imágenes digitales, cintas de video y grabaciones de sonido del participante en materiales de promoción en el futuro. He leído y accedo voluntariamente a las declaraciones en este documento.

Firma del participante o del

Tutor legal (si es menor): _____ Nombre : _____ Fecha: _____