

Forest Glen Outdoor Learning Center

MEDICAL AND LIABILITY RELEASE FORM

En consideracion a ser aceptado(a) por participacion en **Outdoor Learning Center**, yo/nosotros, teniendo o 21 anos de edad o mas, por mi/nuestra (y de parte de mi hijo/hija) por la presente, estamos de acuerdo que el desempeno es inofensivo de parte de Forest Glen, Inc., y los directores de estos de cualquiera y toda liabilidad, reclamos o demandas por injuria personal, enfermedad o muerte, tanto como danos de propiedad y costos, de cualquier tipo los cuales pueda ser incurido por el suscrito y el/la joven que ocurren mientras tal joven participa en el viaje o la actividad antes mencionados.

Ademas, yo/nosotros (y de parte de nuestro hijo/a) asumo/asumimos todos los riesgos de injuria personal, enfermedad, muerte, danos y costo como resultado de participacion en actividades de recreacion y trabajo que conciernen a esto.

Ademas, doy/damos por este medio mi/nuestra autorizacion y permiso a dicho grupo patrocinador de proveer cualquier transportacion, comida, y hospedaje requerido por este joven. Doy/damos por este medio mi/nuestra autorizacion y permiso por este joven a asistir y participar en discusiones que involucran qualidades de caracter, valores e historias relacionadas religiosas.

El aqui suscrito esta de acuerdo que dichas organizaciones, directores, empleados, y agentes son inofensivos, por cualquiera liabilidad sostenida por tal organizaciones como resultado de negligencia, o actos intencionales de tal joven, incluyendo costos incuridos.

Nosotros/yo somos/soy los/el padre(s) o el guardian(es) legal(es) de este joven y por este medio damos/doy nuestra/mi aprobacion para que el/ella pueda participar completamente en tal viaje o actividad, y damos/doy nuestro/mi permiso llevar tal joven al doctor u hospital y autorizo tratamiento dental y medico, incluyendo, pero no limitado a, cirugia de emergencia, tratamiento medico u hospitalizacion, y asumimos/asumo la responsibilidad por todos los gastos medicos, si hubiera alguno.

Ademas, si sea necesaria que el/la joven vuelve a su hogar por razones medicos, accion disciplinaria, o cualquiera otra razon, nosotros/yo asumimos/asumo por todos los costos de transportacion.

Nombre de Joven	~Varon	~ Hembra	Firma del Padre	Fecha
Fecha de Nacimiento	Grado		Firma del Madre	Fecha
Escuela			Firma del Guardian Legal	Fecha
Seguro de Hospital	~ Si	~ No	Telefono de Padres — Casa y Trabajo	
Compania de Seguro (si Medicaid — escribe aqui)			Telefono de Emergencia	
Numero de Poliza / Numero de Medicaid				
Nombre y Telefono			Enliste cualquier alergia y/o medicamentos que este de Su Doctortomando su hijo/ _____	

He leído la informacion previa y entiendo las reglas de conducta y cumplire con ellas tanto como las direcciones del liderazgo de este viaje.

	Firma de Estudiante	Fecha
Direccion	Ciudad	Estado
Codigo Postal		