

Jackson Hole Figure Skating Club (Club de Patinaje Jackson Hole)

Formulario de Exclusión de Responsabilidad Medica y Fotográfica

Por favor padres/tutores poner sus iniciales en los espacios en blanco en los cuatro párrafos de abajo , con excepción de los participantes que son mayores de edad, quienes deben de hacerlo ellos mismos.

Quien Firma Abajo Mediante la Presente,

\_\_\_\_\_ Esta de acuerdo que uno o mas miembros de su familia participe en las actividades recreacionales de Patinaje organizado por una organización benéfica JHFSC(Jackson Hole Figure Skating Club).

\_\_\_\_\_ Esta de acuerdo que estas actividades recreacionales involucran ciertos riesgos a los participantes comprometidos en estas actividades. Por lo tanto , si llega a ocurrir alguna lesión, el participante o los miembros de familia deben de cubrir los costos de cualquier lesión. Estas son actividades recreacionales voluntarias y solamente serán realizados bajo estos términos. Si el participante desea, puede obtener un seguro de salud para protegerse a si mismo.

\_\_\_\_\_ Las exenciones, la indemnización y el acuerdo exoneran de responsabilidad a JHFSC, sus directores, oficiales, empleados, entrenadores de cualquier reclamo o responsabilidad en contra de ellos.

\_\_\_\_\_ Esta de acuerdo que este acuerdo no debe de modificarse mientras el participante o su familia participen en estas actividades recreacionales. La exención y las indemnizaciones deben de permanecer en su forma original, sin modificaciones para cualquier reclamo o responsabilidad en el futuro relacionado a estas actividades. Este acuerdo no será cancelado o modificado por la persona que firma. Cualquier modificación o cancelación será realizada por el director de JHFSC.

Permiso para administrar Asistencia Medica

Al firmar este formulario, usted acepta la responsabilidad de todos los gastos médicos.

Como el padre o tutor del participante nombrado, Yo solicito que en mi ausencia que el participante nombrado sea aceptado en cualquier hospital o complejo medico para un diagnosis o tratamiento. En caso de lesión, accidente o enfermedad. Yo autorizo a los entrenadores y a los voluntarios de primeros auxilios a proporcionar tratamiento medico apropiado. Yo solicito y autorizo a los técnicos, médicos, entrenadores, personal de primeros auxilios, dentistas y enfermeras de desarrollar cualquier diagnostico, tratamiento o procedimientos operativos y Rayos-X al participante nombrado. He aceptado de toda la responsabilidad de cualquier y todos los costos médicos del participante.

He leído y entendido la autorización de arriba y otorgo mi permiso para que administren la Asistencia Medica.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Participante

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*El Padre/tutor debe de firmar si el participante es menor de 18 años.

Cobertura del Seguro Medico

Compañía \_\_\_\_\_

Nombre del dueño de la póliza \_\_\_\_\_

No de Póliza \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento \_\_\_\_\_

Información Medica del Participante

Si es alérgico a Medicamentos(mencione)

Información Medica \_\_\_\_\_