

Consentimiento para Transporte y Renunciación de Toda Responsabilidad Departamento de Salud Pública del Condado Forsyth (“FCDPH”)

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento _____

Vigencia: Fecha de la firma a continuación por un año hasta e incluyendo la fecha final
_____, 20_____

Dirección: _____

Consentimiento: Como Padre/ Tutor o participante, otorgo consentimiento al FCDPH para el transporte del participante arriba mencionado en un vehículo del Condado conducido por un empleado del Condado con Licencia de Manejo, desde o hacia la casa del participante a fin de asistir actividades del FCDPH dentro o fuera del FCDPH.

Renunciación de Responsabilidad: Ratifico/Confirmando y asumo el riesgo en caso de accidente, lesión o suceso que surja de o en conexión con, la participación del Participante en el Programa y el transporte.

Estoy de acuerdo como Padre/Tutor o Participante, en nombre mío y de mi participante mencionado arriba, menor de dieciocho (18) años de edad, herederos, sucesores y cesionarios, de renunciar a cualquier reclamación contra, divulgar información, mantener indemne e indemnizar, Oficiales del Condado, empleados, agentes, chaperones o representantes asociados con el Programa, poner responsabilidad, reclamos, demandas y causas de acción que surja de o en relación a cualquier pérdida, daño o lesión; sostenida en relación con el Programa, o de la asistencia a cualquier evento o cualquier enfermedad o el costo de tratamiento médico en relación con la participación, y de compensar al Condado por honorarios y gastos de abogado, que surjan en relación con el Programa.

Antes de la firma voluntariamente este documento de consentimiento y renunciación, el personal FCDPH me brindó la oportunidad de leer con atención y hacer cualquier pregunta sobre su significado, y las razones por la cual se solicita mi firma, y las consecuencias de mi firma. Además, Padre/Tutor / participante entiende y acepta que:

- Participante deberá seguir las instrucciones del personal de FCDPH, de lo contrario puede ejercer su opción de terminar la oportunidad del Participante para disfrutar de los beneficios del Programa.
- El participante deberá seguir las reglas y procedimientos, tales como el uso de un cinturón de seguridad para pasajeros, mientras que el auto está en movimiento, permanecer sentado después de su llegada hasta que sea instruido para salir del vehículo, abstenerse de toda conducta perjudicial, y abstenerse de causar distracción al conductor.
- Yo garantizo, a lo mejor de mi conocimiento, que el participante está en buena salud, y asumo toda la responsabilidad sobre la salud del participante.
- En caso de necesidad de tratamiento médico, se hará todo lo posible para ponerse en contacto conmigo (o la persona que figura en el presente documento como contacto de emergencia). Si no puedo ser localizado, doy permiso al proveedor médico elegido por FCDPH para asegurar el tratamiento. En caso de emergencia, doy permiso para que los participantes sea llevado de inmediato a un médico o un hospital por personal de FCDPH.

_____ (Inicial) Yo concedo al FCDP, el derecho directo, el privilegio y licencia de uso de la imagen o semejanza del participante en cualquier forma de publicación de los medios y de utilizar las declaraciones o declaraciones del participante verbales o escritas para cualquier propósito en cumplimiento de la misión FCDPH ocasionalmente, (a) FCDPH puede tomar fotos o hacer una grabación en vídeo de los participantes involucrados en las actividades de audio o, (b) se puede utilizar para recordar las actividades o de los participantes, (c) se puede utilizar como material de publicidad para que los demás sepan acerca de las actividades del FCDPH, o (d) las organizaciones de noticias locales pueden aprender sobre este tipo de actividades o eventos y FCDPH puede, a su discreción permitir grabaciones de este tipo de eventos que se utilizarán, distribuirán, o demostrarán.

_____ (Iniciales) Yo asumo la responsabilidad de actualizar el consentimiento, renuncia, o cambios de información del contacto al FCDPH

Padre / Tutor / Nombre del Participante (letra de molde):
_____ Fecha ____/____ del 20 ____
mes/día

Firma del Padre / Tutor / Participante

Teléfono / Inicio: _____ Teléfono / Celular _____ Teléfono / Trabajo
_____):

Contacto de Emergencia, Nombre - Secundaria, o si es diferente del anterior

Teléfono / Inicio: _____ Teléfono / Celular _____ Teléfono / Trabajo

*** Los Padres/Tutores de los participantes menores de dieciocho (18) años de edad [o por los participantes de dieciocho (18) años o más]**