



THEMISSIONINC.ORG INFO@THEMISSIONINC.ORG 619.661.9232 PO BOX 360, POTRERO, CA 91963

FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN

PARTICIPACIÓN, ACUERDO MÉDICO, RENUNCIA Y ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN

Yo / Nosotros _____, hemos revisado la información sobre las actividades, eventos y viajes de RDSN México, y me registro como participante Doy permiso para que el menor mencionado más adelante participe y participe en las actividades generales. Me registro o otorgo permiso al menor mencionado con pleno conocimiento de que acepto toda la responsabilidad por cualquier lesión o accidente que pueda ocurrir.

Entiendo / entendemos que RDSN México y sus agentes tomarán en todo momento todas las precauciones de seguridad razonables durante los eventos y actividades. Yo / Nosotros entendemos la posibilidad de peligros imprevistos y conocemos la posibilidad inherente de riesgo. Yo / Nosotros estamos de acuerdo en no responsabilizar a RDSN México, a sus líderes, empleados y personal voluntario por daños, pérdidas, enfermedades o lesiones incurridas por mí o por parte del menor.

Autorizo / Nosotros autorizamos cualquier tratamiento realizado por un hospital y / o médico acreditado que se considere necesario para mí o para el menor mencionado en caso de emergencia. La firma del padre o tutor a continuación está destinada a servir como una divulgación médica si el participante es menor de edad.

Yo he / Nosotros hemos revisado las reglas de las actividades y estamos de acuerdo en que yo o el menor mencionado las acataremos. También reconozco / nosotros reconocemos que si yo o el menor mencionado, viola cualquier regla que resulte en la expulsión del evento de que cualquier transporte y / u otros costos correrán por mi cuenta.

Al firmar este documento, reconozco que si alguien está lastimado o dañado por mi propiedad o mencionó la participación del menor en estas actividades, un tribunal de justicia puede encontrar que un abogado ha renunciado a cualquier derecho de mantener una demanda contra RDSN México en la base de cualquier reclamación que haya sido publicada en este documento. Yo / Nosotros hemos tenido suficiente oportunidad de leer este documento completo. Lo he leído y entendido, y acepto estar sujeto a sus términos.

CONTINÚA EN REVERSO

Este documento permanecerá vigente por un año completo a partir de la fecha indicada o hasta que sea revocado por escrito.

Nombre del participante _____

Firma del participante _____ Fecha _____

Dirección / Ciudad / Código postal _____

Teléfono residencial _____ Teléfono laboral _____ Teléfono móvil _____

Fecha de nacimiento _____ Salud / Med. En s. Co . _____ Número de póliza _____

(PARA PARTICIPANTES MENORES)

Nombre del padre / tutor 1 (si se menciona más arriba) _____

Firma del padre / tutor 1 _____ Fecha _____

Padre / Tutor 1 Dirección / Ciudad / País _____

Teléfono residencial _____ Teléfono laboral _____ Teléfono móvil _____

Padre / Guardián 1 Correo electrónico _____

Nombre del padre / tutor 2 (si el nombre es menor) _____

Firma del padre / tutor 2 _____ Fecha _____

Padre / Tutor 2 Dirección / Ciudad / País _____

Teléfono residencial _____ Teléfono laboral _____ Teléfono móvil _____

Padre / Guardián 2 Correo electrónico _____

Tenga en cuenta que utilizaremos como referencia para las alergias, afecciones médicas, recetas y contacto con los padres de cualquier información y notas contenidas en este documento.

Detalles adicionales:

