

GBRC FORMA DE AUTORIZACIÓN MÉDICA (Imprimir Por Favor)



Objetivo: Dar permiso para la participación en el programa deportivo juvenil o GBRC. Para permitir a los padres a autorizar la provisión del tratamiento de emergencia para los niños que sufran lastimaduras o se enfermen mientras están bajo la autoridad de (Comisión de Recreación en Great Bend) en caso que los padres o guardianes no puedan ser encontrados. Esto reconoce, los que firman, padre (s) o guardian (s) legalmente (anotar el nombre del participante)

Reconozco el potencial de peligro en la participación en los deportes o las actividades de recreación que pueden resultar en lesión. En caso de que a mi hijo (a) una lesión y nosotros (Yo o mi esposo, o guardián) no se nos puedan contactar, concedemos nuestro permiso a un médico licenciado y con licencia a llevara a cabo dicho tratamiento como sería normal y estamos de acuerdo en pagar los costos del tratamiento.

Padre o Guardián:

Nombre Impreso _____ Firma _____ Fecha _____

Médico Familiar:

Nombre Impreso _____

Compañía de Seguro

Médico del Niño:

Nombre Impreso _____ # Teléfono _____

Contacto de Emergencia:

Nombre Impreso _____ Dirección _____ #Teléfono _____

Consentimiento y Renunciamento: Yo, la persona mencionada arriba, declaro que comprendo que la Comisión de Recreación en Great Bend no es y no deberá ser responsable por, o de ninguna enfermedad, perjuicio hacia ninguna persona o daño a la propiedad que resulte del programa mencionado arriba en el cual está participando. Por lo tanto doy mi consentimiento para que mi hijo (a) participe en programa (s) juveniles arriba mencioandos en el GBRC. También asumo todos los riezos y peligros involucrados en la participación del programa y por este medio les libero de compensación y no causaré daño al GBRC, la Ciudad de Great Bend, USD #428, sus oficiales, y empleados y cualquier organización privada o cívica que haya sido asignada por su responsabilidad como un resultado de cualquier accidente que pueda ocurrir en conjunto de dicha participación y cualquier daño corporal al niño o persona. También, renuncio a cualquier demanda que pueda tener como resultado de fotografía, video o reproducción mientras participaba en programas de GBRC. el GBRC no provee Seguro por Accidente. Autorizo y doy mi consentimiento al GBRC a revelar mi teléfono y dirección en la información del participante a los entrenadores voluntarios y miembros del personal de GBRC. **HE LEIDO Y COMPRENDO LA FORMA DE INSCRIPCIÓN, CANCELACIÓN Y DECLARACIÓN DE RENUNCIAMIENTO.**

El GBRC se compromete a hacer adaptaciones razonables como sea requerido por el Acta de Americanos con Incapacidades. Por favor indique que SI o NO si usted necesita una adaptación

SI

NO

Indicación de adaptación tres semanas de anticipación. ¿Cómo podemos acomodarle?

¿Toma su hijo (a) toamando algún medicamento que necesitemos saber? ¿Qué tipo de medicamento?