

Departamento Recreativo de Anderson Valley de Los Servicios Comunitarios del Distrito de Anderson Valley  
FORMA DE CONSENTIMIENTO DE SUPOSICIÓN DE RIESGO

Actividad o Evento \_\_\_\_\_  
Nombre del Participante \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Suposición de Riesgo:

Como consideración de ser permitido por el Comité Recreativo de Anderson Valley y Los Servicios Comunitarios del Distrito de Anderson Valley en lo cual esta clase/evento es presentado, referido como "Patrocinadores y/o Promotores" para participar en este evento, estoy de acuerdo que yo, mis cesionarios, herederos, guardianes, y representantes legales no haremos ninguna demanda, demande o fijación a la propiedad de los patrocinadores/promotores por cualquier daño resultando de mi participación en el evento y con el resultado de negligencia u otras obras, como hayan causado, de cualquier empleado, agente, o contratista de los patrocinadores/promotores. Yo aquí presento libre a los patrocinadores/promotores de todas las acciones, demandas que yo, mis cesionarios, herederos, guardianes, y representantes legales tengamos una lesión en daño resultando de participar en el evento/clase.

Se que al participar en el evento/clase puede ser una actividad vigorosa y peligrosa, tengo el conocimiento del riesgo involucrado y estoy de acuerdo en aceptar cualquier riesgo de daño o muerte. Represento y certifico que estoy físicamente bien y estoy entrenado para la competición o participación en este evento.

Consentimiento Paterno:

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a \_\_\_\_\_ participe en la actividad de arriba y libro a los de arriba de su parte.

Consentimiento para Tratamiento Medical:

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a sea tratado por un doctor o cirujano en caso de enfermedad repentina o daño mientras participa en la actividad de arriba. Entiendo que el Comité Recreativo de Anderson Valley y Los Servicios Comunitarios del Distrito de Anderson Valley no proveen seguro medico para el tratamiento y que el costo será mío. Si un doctor está apuntado abajo se hará todo lo posible para contactarlo. Aunque si no se puede, el lugar de la actividad o causa de la enfermedad podría requerir el uso del personal de emergencia.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Doctor

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
aseguranza y numero

\_\_\_\_\_ [Iniciales] NO DOY mi consentimiento de tratar y pido que los servicios médicos y quirúrgicos sean detenidos.

Suposición de Responsabilidad Financiera:

Estoy de acuerdo en ser responsable por cualquier daño de propiedad o personal causado a propósito o accidentalmente por mi hijo o a mi mientras participaba en la actividad mencionada arriba patrocinada por el Comité Recreativo de Anderson Valley/Servicios del Distrito de Anderson Valley.

HE LEIDO CUIDADOSAMENTE ESTE ACUERDO Y COMPRENDO COMPLETAMENTE SU CONTENIDO. SE QUE ESTO ES UNA LIBERACIÓN DE DEFECTO, SUPOSICIÓN DE RIESGO, CONSENTIMIENTO DE TRATO MEDICAL Y SUPOSICIÓN DE RESPONSABILIDAD Y CONTRATO ENTRE YO Y LOS PATROCINADORES/PROMOTORES, Y FIRMO POR MI PROPIA VOLUNTAD.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián del Participante  
si el Participante es menor de 18 años.

\_\_\_\_\_  
Fecha