



Community Bike Collective (CBC) Formulario de Consentimiento para Participantes

ESTE FORMULARIO DEBE SER LEIDO, LLENADO EN SU TOTALIDAD, FIRMADO Y ENTREGADO AL LIDER CBC ANTES QUE EL PARTICIPANTE PUEDA CONTINUAR LA EXCURSIÓN.

ACUERDO DE ASUNCIÓN EXPRESA DEL RIESGO, LIBERACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PACTO DE NO DEMANDAR

En consideración por los servicios de Community Bike Collective, los líderes de excursión, funcionarios, agentes y voluntarios (colectivamente nos referiremos como "CBC"), yo, en nombre de mí mismo y / o como el padre o tutor del niño menor de edad que participa en la actividad de CBC, y nuestros herederos acuerdan lo siguiente:

Yo entiendo y soy consciente de que el ciclismo de montaña y las actividades conexas, como senderismo, entre otras actividades, incluyendo el uso de equipo de CBC, tales como mochilas y bicicletas (en lo sucesivo como "Actividad"), y transporte hacia y desde dicha actividad, son ACTIVIDADES PELIGROSAS, lo que implica riesgos inherentes y de otros tipos de lesiones a cualquier y todas las partes del cuerpo. Además, entiendo que las lesiones en la actividad son una ocurrencia común y corriente, y he hecho una elección voluntaria para mí y / o el hijo menor de edad que aparece a continuación para aceptar y asumir todo riesgo de lesión o muerte que podrían estar asociados con o resultar de esta actividad.

En la máxima medida permitida por la ley, estoy de acuerdo con LIBERAR DE LA RESPONSABILIDAD, y INDEMNIZAR Y MANTENER A SALVO CBC de cualquier y toda responsabilidad en razón de, o en cualquier forma resultante de, heridas personales, muerte o daños a la propiedad, incluso si es causado por NEGLIGENCIA, de alguna manera relacionada con esta actividad. También estoy de acuerdo de NO HACER UN RECLAMO O DEMANDA POR LESIONES O DAÑOS RELACIONADOS CON ESTA ACTIVIDAD, aun si fueran causados por NEGLIGENCIA. Entiendo y estoy de acuerdo en que este Acuerdo tiene la intención de ser tan amplio e inclusivo como lo permita la ley, y si alguna parte no es válida, el resto continúe en pleno vigor y efecto legal. Estoy de acuerdo en que no hay otras representaciones orales, declaraciones o incentivos, aparte de este Acuerdo.

Para lograr nuestros objetivos, Community Bike Collective con frecuencia envía comunicados de prensa y fotografías a los medios de comunicación (periódicos, radio, televisión e Internet), envía fotos a la publicidad, y usamos fotos en nuestras publicaciones. Yo le daré a Community Bike Collective, sus cesionarios y aquellos que actúan con su autoridad y permiso, el derecho irrevocable y sin restricciones a los derechos de autor, uso y publicación de las fotos tomadas de mí o de mi hijo menor de edad durante los viajes de actividades para niños, incluyendo las representaciones compuestas y modificadas o en conjunto con mi nombre o el nombre de mi menor, para cualquier propósito, incluyendo la ilustración, el arte, la promoción, la publicidad, el comercio, o cualquier otro propósito comercial. Renuncio a cualquier derecho de examinar o aprobar versiones de las fotografías utilizadas para la publicación o materiales que pueden ser utilizados en relación con las fotos. También descargo a Community Bike Collective, sus cesionarios, y quienes actúen con su autoridad y permiso, de cualquier responsabilidad en virtud de la modificación o el uso en forma compuesta, ya sea intencional o no, que puede ocurrir o ser producida en la toma de dichas fotos o en cualquier tratamiento posterior de los mismos, así como cualquier publicación de los mismos, incluyendo, sin limitación, cualquier reclamo por difamación o invasión de la privacidad.

AUTORIZACIÓN PARA PRIMEROS AUXILIOS Y TRATAMIENTO MÉDICO

Reconozco que la atención médica o dental puede ser necesaria para mí y / o mi hijo menor de edad. AUTORIZO a CBC Y al guía de la excursión (S) para prestar primeros auxilios o atención de emergencia, en el ámbito de la certificación del guía de la excursión (s). Además, autorizo a CBC para llamar la atención médica o dental para mí y / o mi hijo menor de edad cuando, en la opinión de CBC, atención médica o dental es necesaria. ESTOY DE ACUERDO EN PAGAR TODOS LOS GASTOS Y COSTOS relacionados con dicha atención y los transportes relacionados. Además, por la presente doy autorización y consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médico, dental o quirúrgico rendido bajo supervisión general o especial de cualquier miembro del personal médico y / o personal de emergencia y / o dentista autorizados en la actualidad por el estado en el que el tratamiento se administra y el personal de cualquier hospital general de servicios urgentes con una licencia vigente para operar un hospital del Estado de California

Departamento de Salud Pública o el organismo equivalente en otro estado. Se entiende que esta autorización está dada de antemano de cualquier diagnóstico, tratamiento, atención o el hospital que se requiera, pero me doy para proporcionar autoridad y poder rendir el cuidado que el médico estime convenientes en el ejercicio de su mejor juicio. Se entiende que, mientras la condición médica lo permita, el esfuerzo será hecho de consultar a los suscritos con anterioridad a la prestación del tratamiento al paciente, pero que ninguno de los tratamientos anteriores será retenido si el firmante está incapacitado o no puede ser alcanzado.

FIRMAR Y LLENAR LA PÁGINA DOS DE ESTE ACUERDO

YO RECONOZCO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE PRESENTADO EN ESTE ACUERDO ES VERDADERA, CORRECTA Y COMPLETA. YO RECONOZCO QUE HE LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO CADA UNA DE LAS DISPOSICIONES ANTERIORES, Y VOLUNTARIAMENTE HE FIRMADO ESTE ACUERDO.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____ EDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE / TUTOR: _____

FIRMA DEL PARTICIPANTE ADULTO O PADRE / TUTOR DEL PARTICIPANTE MENOR:

_____ Fecha: _____

PARTICIPANTE DE EMERGENCIA MÉDICA

Esta información puede ser utilizada por más de una salida. Usted debe informar al guía de la excursión, si han habido cambios en la información antes de la salida a la excursión.

1. Nombre del Participante:

Nombre del Padre / Tutor: (del Participante Menor) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del ultimo refuerzo del toxoide tetánico: _____

2. Alergias a medicamentos, alimentos, etc.

3. ¿Es su niño alérgico o sensible a las picaduras de abeja? _____

¿Está bien darle Benadryl si el niño es picado y esta mostrando signos de sufrimiento? _____

4. Indique todos los medicamentos para los cuales el participante actualmente tiene prescripción e indique cuales el participante va a tomar durante la salida (s):

5. Enumerar todas las condiciones médicas que el guía de la excursión debe tener en cuenta o que puedan afectar la habilidad del participante para participar en las actividades (tales como asma, enfermedad cardíaca, diabetes o deterioro neuromuscular o del esqueleto):

Médico de la Familia: _____ Teléfono: _____

Compañía Aseguradora: _____ Número de Póliza: _____

Haga una lista de personas que debemos llamar en caso de una emergencia. Vamos a tratar de hacer contacto con ellos en el orden en que se enumeran a continuación

1. _____ Teléfono _____

2. _____ Teléfono _____

3. _____ Teléfono _____