

FORMULARIO DE PERMISO
THE BELIEVE IN SOBRIETY FOUNDATION
“BIS KIDS”

Nombre Del Participante

Nombre Del Padre / Tutor Legal

Dirección

Teléfono

Contacto de Emergencia

Teléfono

Relación al Niño/a

Soy consciente que la participación en el programa **BIS KIDS** implica ciertas actividades que puedan exigir físicamente a los niños. Por lo tanto como un participante mi niño (a) debe estar libre de las condiciones médicas o físicas que no pueda crear riesgo indebido. Entiendo que la fuerza física no es necesaria, aunque el estar en buenas condiciones físicas aumente el disfrute de las actividades.

Soy consciente que estas actividades implican un riesgo o enfermedad a mi niño. Reconozco que soy consciente y asumo todos los riesgos y deseo permitir que mi niño participe en estas actividades. Asumo la responsabilidad total de mi niño(a) para cualquier pérdida, lesión o inconveniencia que pueda experimentar. En la medida en que participe en tales actividades, yo voluntariamente asumo cualquier y todo el riesgo de lesión a mi persona o propiedad. Estoy de acuerdo indemnizar y llevar a cabo inofensivo la creencia en **la fundación Believe In Sobriety**, son subsidiarios y oficiales de toda la responsabilidad contraída como resultado de la participación de mi niño(a) o yo. También acepto que el término de esto servirá como un lanzamiento y asunción del riesgo para mis herederos, ejecutores y administradores, y para todos los miembros de mi familia.

Firma del Padre/ Guardián Legal

Fecha

Información Médica: Es necesario que sepamos que si su niño tiene algunas consideraciones médicas. Si no, escriba por favor "no". Si sí, escriba "sí" y describa detalladamente y envíenos algunas medicaciones. Usted puede escribir respuestas largas en la parte posterior de la forma.

Dolencia crónica

Reacciones alérgicas a: (picaduras de abeja, mordeduras de insecto, roble de veneno, alimento o medicación)

Cirugía, músculos torcidos o huesos quebrados en el plazo de los últimos 12 meses

Autorización para tratar a un menor de edad. En el evento que no pueda ser alcanzado(a) en una emergencia. Por este medio doy a permiso la persona nombrada como contacto de la emergencia para autorizar cuidado médico y de hospitalizar a mi niño(a), y si tal persona no puede ser contactada, le doy el permiso al médico seleccionado por el equipo **Believe in Sobriety** para hospitalizar, y dar tratamiento seguro y apropiado, pedir inyecciones, anestesia, o cirugía para mi niño según lo nombrado arriba.

Firma del Padre/ Guardián Legal

Fecha