

GALEP

Programa de Aprendizaje y Enriquecimiento Asistido por Caballo de Galt
REGISTRACION/RESPONSABILIDAD/ FORMA DE RENUNCIA DE FOTOGRAFIA



REGISTRACIÓN

Deseo registrar al siguiente Estudiante en el Programa de Aprendizaje y Enriquecimiento Asistido por Caballo de Galt (GALEP), un programa gratis disponible a Estudiantes del Distrito de Unión Escolar de Primarias de Galt (Distrito):

Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Escuela Actual: _____ Grado Actual: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código: _____ Teléfono de Casa: _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____

Información de Contacto de Emergencia: Trabajo: _____ Emergencia: _____

Fecha: _____ Firma de Padre/Tutor Legal: _____

RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

Hay riesgos inherentes asociados con montar a caballo e interactuando con animales, incluyendo con la impredecibilidad de los animales que entrarán en contacto con el Estudiante. También hay condiciones naturales y causadas por el hombre en los sitios asignados para montar que pueden presentar riesgos potenciales de lesión física, perjuicio, daño o muerte. Al grado mayor permitido por la ley, aplicable a ambos, GALEP y el Distrito, (y sus respectivos empleados, agentes y/o voluntarios), estoy al tanto y acepto todos los riesgos conocidos y desconocidos, así como los riesgos que puedan surgir de cuidado médico o atención provistos/no provistos en respuesta a alguna lesión potencial. También renuncio y libero para mi mismo/el Estudiante participante de cualquier reclamo potencial por lesión personal (hasta e incluyendo la muerte), daño de propiedad, y/o perjuicio, lesión o pérdida.

Fecha: _____ Firma de Padre/Tutor Legal: _____

AUTORIZACIÓN DE CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA

En caso de lesión o se sospecha lesión, yo autorizo la administración de cuidado urgente o de emergencia al Estudiante, incluyendo la transportación del Estudiante a un proveedor de cuidado urgente o cuidado de emergencia. Notificación a mi de lesión/sospecha de lesión puede demorarse tal que cualquier proveedor de cuidado urgente o de emergencia tiene mi autoridad expresa en conducir procedimientos diagnósticos o anestésicos y/o proveer cuidado médico o tratamiento (incluyendo cirugía) como ellos pueden creer razonable o necesario bajo todas circunstancias. Todos costos y gastos asociados con tal cuidado son únicamente mi responsabilidad. Autorización para proveer tal cuidado de emergencia médica es un requisito para participar en GALEP.

Fecha: _____ Firma de Padre/Tutor Legal: _____

RENUNCIA DE FOTOGRAFÍA (OPCIONAL)

Yo por lo presente (seleccione uno): doy consentimiento no doy consentimiento

al fotografía/grabación de video del Estudiante y el uso de GALEP y del Distrito de tales fotografías o video cintas para cualquier propósito asociado con la promoción de GALEP o de beneficio público o actividades educativas o programas de GALEP o del Distrito.

Fecha: _____ Firma de Padre/Tutor Legal: _____