

**Wheaton Park District, Lincoln Marsh Challenge Course
(Teams, High Ropes, Climbing Tower, Power Pole and Crate Climbing)
Participant Information & Waiver form
p.630-871-2810 www.lincolanmarsh.org f.630-871-9213**

FORMA DE REGISTRO Por favor use letra de molde Programa Date: _____

Primer Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____ Ciudad _____

Zona Postal _____ Numero de Telefono _____

Nombre-Para una emergencia _____

Telfono para una emergencia _____

Sexo _____ Fecha de nacimiento _____

Información médica

Alergias _____ Injurias _____

Mi hijo requiere el uso del epi-pen No Sí lo traen hoy No Sí

Mi hijo requiere el uso de un inhalador No Sí lo traen hoy No Sí

Cualquier otra información médica debemos ser conscientes de: (ex: diabetes, epilepsia, de nuevo problemas, etc.)

INFORMACION IMPORTANTE

El Wheaton Park District® es cometido a conducir sus programas y actividades de recreación en la manera mas segura posible y mantiene la seguridad de sus participantes en gran estimación. Participantes y padres registrando a su hijo en programas de recreación en todo caso debe reconocer, que hay un inherente riesgo de dafio cuando escojen en participar en actividades de recreación. El Wheaton Park Distrito continuamente se empena en reducir tales riesgos y insiste que todos los participantes sigan reglas de seguridad y instrucciones que han sido disetladas para proteger la seguridad del participante.

Por favor reconozca que el Wheaton Park Distrito no carga aseguranza medica accidental para dafios sostenidos en sus programas. El costo de tal haria los honorarios del los programas prohibitos. Por lo tanto, cada persona que se registra a si mismo o algun miembro de su familia para un programa de recreación o actividad deberia de revisar su propia poliza de aseguranza medica. Debe ser notado que la ausencia de aseguranza medica no hace el Distrito automaticamente responsable por el pago de gastos medicos.

Debido a la dificultad y alto costo de obtener aseguranza para dafios, la agencia que proveea aseguranza para dafios require la ejecucion de la siguiente Renuncia y Exoneración. Su cooperaciOn es muy agradecida.

RENUNCIA Y EXONERACION

Haga favor de leer esta forma cuidadosamente y este al tanto que en registrarse a si mismo o su nino para participar en el programa/programas, estara renunciando a todos reclamos por dafios que usted o su niho puedan sufrir por causa de este programa/programas.

Yo reconozco y estoy de acuerdo que hay ciertos riesgos de dahos fisicos a participantes en el programa(s) y estoy de acuerdo en tomar el riesgo compeleto de cualesquier dahos, (incluyendo muerte), dahos y perdidas a pesar de la gravedad que yo o mi niho podamos sufrir por el resultado de participar en cualesquier y todas las actividades conectadas o asociadas con tal programa(s).

Estoy de acuerdo en renunciar y ceder todos reclamos contra el Distrito y sus oficiales, agentes, sirvientes y empleados que yo o mi niho podamos tener por resultado de participar en el programa.

Por este medio renuncio y dispenso el Distrito y sus oficiales, agentes sirvientes, y empleados de cualquier y todos reclamos por dafios, (incluyendo muerte)*, dafio o perdida que yo o mi hijo podamos tener o que nos pueda resultar a mi o mi hijo y surgiendo fuera de, conectado con, o en cualquier manera asociada con las actividades del programa(s).

Ademas estoy de acuerdo en indemnizar y descargar cualquier culpa al District® y sus oficiales, agente, sirvientes y empleados de todo y cualesquier reclamos resultando en dahos, (incluyendo muerte), dafios y perdidas sufridas por mi o mi niho surgiendo fuera de, conectado con, o en cualquier manera asociada con las actividades del programa(s).

En el evento de una emergencia, yo autorizo al los oficiales del Distrito de obtener a cualquier hospital, doctor y/o personal medico cualquier tratamiento y cuidado inmediato que sea necesario para mi o mi niho y estoy de acuerdo que sere responsable por pagar cualquier servicio medico rendido.

He leído y comprendo completamente los ya mencionados, Detalles de Programas, Renuncia y Exoneración de todos Reclamos y Permiso para Obtener Tratamiento.

*"incluyendo muerte" se puede excluir

POR FAVOR IMPRIMA

Participantes Nombre _____ Date: _____

Firma de los padres firma _____ del participante: _____

(18 años o mayores o padre/tutor)

LA PARTICIPACIÓN SERÁ NEGADA

Si la firma del participante adulto o padre/tutor y fecha no está en esta renuncia.