

DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO MARTIN, FLORIDA

**Exoneracion /Excencion y Mantener Acuerdo  
Inofensivo Para Adulto  
(Participante 18 Años ó Mayor)**

Forma# 1277AS

Rev. 10/10/18

**Instrucciones:** Complete este formulario y devuelva a su escuela.

Yo \_\_\_\_\_, he sido informado y conozco los riesgos envueltos participando en este evento \_\_\_\_\_ y entiendo que lesiones y hasta muerte es posible en esta participación, y Yo voluntariamente asumo toda responsabilidad por mi seguridad y bienestar participando en este evento, con todo el entendimiento de los riesgos envueltos en el viaje y estadía en hotel (en relación a ciertos eventos). Yo libero al DISTRITO ESCOLAR DE MARTIN, FLORIDA, SUS REPRESENTANTES, MIEMBROS, OFICIALES, EMPLEADOS, VOLUNTARIOS, CONTRATISTAS, Y O AGENTES, de cualquier responsabilidad por alguna lesión o reclamación como resultado de mi participación en este evento.

En consideración por ser permitido a participar en el evento \_\_\_\_\_, Yo, para mis herederos, ejecutores y administradores, relevo y por siempre libero a la JUNTA ESCOLAR DE MARTIN COUNTY, FLORIDA, SUS REPRESENTANTES, MIEMBROS, OFICIALES, EMPLEADOS, VOLUNTARIOS, CONTRATISTAS Y/O AGENTES de toda responsabilidad, reclamaciones, daños, y/o costos /gastos que Yo tenga contra ellos, surgidos de o conectados de alguna forma con mi participación en este evento en ( fecha) \_\_\_\_\_.

Yo, entiendo que este relevo aplica a CUALQUIER reclamación, incluso aquellas basadas en la negligencia, acción o inacción de aquellos mencionados arriba, incluyendo, la JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE MARTIN, FLORIDA, SUS REPRESENTATIVOS, MIEMBROS, OFICIALES, EMPLEADOS, VOLUNTARIOS, CONTRATISTAS Y/O AGENTES.

El abajo firmante:

1. Reconoce y representa que el/ella es un estudiante ó un adulto de 18 años.
2. Autoriza al JUNTA ESCOLAR a transportar al abajo firmante y a obtener, por medio de un medico escogido por el DISTRITO ESCOLAR, cualquier cuidado de emergencia que sea razonable y necesario para el abajo firmante en el curso de las actividades en la travesía; y está de acuerdo que los gastos por esta transportación y tratamiento no seran sufragados por el DISTRITO ESCOLAR ó sus empleados.
3. Reconoce y representa que el/ella esta saludable y fisicamente apto para participar en las actividades del evento y no tiene lesiones o enfermedades pasadas que no permita que el/ella participe en dichas actividades, y que reconoce y presenta que lo siguiente es ó son las unicas acomodaciones especiales:

NOMBRE DE EMERGENCIA Y TELEFONO: \_\_\_\_\_

YO HE LEIDO ESTO CUIDADOSAMENTE, LO ENTIENDO, Y CONOZCO QUE CONTIENE EXONERACION/LIBERACION DE RESPOSABILIDAD.

\_\_\_\_\_  
Firma de Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso de Participante