



Administrative Form 5307

**ACTIVIDAD EXTRA-CURRICULAR Y VIAJE ATLÉTICO  
RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD Y ASUMIR RIESGOS**

---

Por la presente, reconozco que soy el padre o guardián legal de \_\_\_\_\_ ("niño / pupilo"), quien participará en una variedad de actividades extracurriculares del Distrito Escolar del Condado de Washoe y eventos deportivos y competencias durante el año escolar \_\_\_\_\_, según se detalla en el programa propuesto adjunto. Para cualquier evento deportivo no programado y no aprobado por la NIAA, entiendo que recibiré una notificación previa de cada actividad, junto con la manera de transporte hacia / desde la actividad, y se me dará la oportunidad de rechazar la participación de mi hijo en dicha actividad.

Por la presente, libero, indemnizo, ahorro, exoneró y acepto defender al Distrito Escolar del Condado de Washoe, a su Consejo Directivo y Administrativo y a todos sus voluntarios, agentes o empleados del mismo de y contra toda responsabilidad o reclamo que surja de lesiones o daños. , incluida la pérdida o daño a la propiedad, sufrido o incurrido por mi hijo / pupilo como resultado de los actos, omisiones o conducta de cualquier persona, incluido un empleado, administrador, voluntario y / o agente del Distrito Escolar del Condado de Washoe y asumo todo riesgo asociado con la participación en los eventos deportivos.

Entiendo que viajar hacia y desde los eventos deportivos puede implicar riesgo de lesiones, incluidas, entre otras, lesiones en el cuello y la columna vertebral, y lesiones en huesos, articulaciones, ligamentos, músculos y tendones. También certifico que mi hijo / pupilo no tiene dolencias o defectos orgánicos que podrían hacer que la participación en la actividad deportiva sea peligrosa para su salud.

Además, estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad de ver que mi hijo / pupilo coopere y cumpla al máximo con las instrucciones y las direcciones de las personas que supervisan a mi hijo / pupilo.

Entiendo que es mi responsabilidad llevar y mantener un seguro médico para mi hijo / pupilo. En el caso de una emergencia y no se puede contactar al padre / guardián, autorizo al Distrito Escolar del Condado de Washoe o cualquiera de sus empleados, agentes, representantes, instructores, entrenadores o voluntarios para obtener el tratamiento médico que consideren necesario para el bienestar de mi hijo / pupilo. Además, entiendo y acepto que seré financieramente responsable de todos los cargos / tarifas incurridos en la prestación de dicho tratamiento, incluso si dichos cargos / tarifas no están cubiertos por el seguro médico.

Reconozco que he revisado y entiendo todo lo anterior, y por la presente doy mi consentimiento y doy permiso para que mi hijo / pupilo participe en los eventos deportivos descritos en el calendario de eventos adjunto.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o guardián (Imprimido)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián