



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

Por la presente, reconozco que soy el padre o guardián legal de \_\_\_\_\_ (estudiante), 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, exonero 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 estudiante 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 estudiante 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 estudiante coopere y cumpla al máximo con las instrucciones y las direcciones de las personas que supervisan a mi estudiante.

Entiendo que es mi responsabilidad llevar y mantener un seguro médico para mi estudiante. 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 estudiante. Además, entiendo y acepto que seré financieramente responsable de todos los cargos / tarifas incurridas 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 estudiante participe en los eventos deportivos descritos en el calendario de eventos adjunto.

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

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