



SAN MATEO COUNTY SHERIFF'S OFFICE
SHERIFF'S ACTIVITIES LEAGUE

2015-2016

Programa: _____

Este programa forma parte de la Liga de Actividades del Sheriff, que ofrece a los jóvenes con actividades en las áreas de patrulla Oficina del Sheriff del Condado de San Mateo.

Para obtener más información sobre los programas SAL, por favor llame al 650-257-3404.

FORMA DE INSCRIPCION Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

APELLIDO _____ NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ GENERO: Masculino Femenino

DIRECCION _____ APT# _____ CIUDAD _____ ZIP _____ TEL. _____

ESCUELA _____ GRADO _____ NOMBRE DEL PADRE/TUTOR(ES) _____

EMAIL DE LOS PADRES _____

¿QUIERES RECIBIR LAS NOTICIAS DE S.A.L.? SÍ NO

¿QUIERES RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE VOLUNTARIADO CON SAL? SÍ NO

EN CASO DE EMERGENCIA SI LOS PADRES NO ESTAN DISPONIBLE, COMUNIQUESE CON:

NOMBRE _____ PARENTESCO _____ TELEFONO _____

DOCTOR _____ TELEFONO _____ DENTISTA _____ TELEFONO _____

SEGURO MEDICO _____ GRUPO # _____

Yo, padre o tutor legal de _____, (en adelante, "Participante ") me gustaría participar en las actividades deportivas patrocinadas, programas o actividades (en adelante, " SAL Actividades ") de la Liga de Actividades del Sheriff (" SAL "). Dichas actividades de SAL pueden incluir, pero no se limitan necesariamente a los deportes de fútbol, hockey de la calle, el baloncesto y las actividades programadas que involucran las artes visuales, la música o las artes escénicas. Reconozco que la participación SAL Actividades implica viajes, jugar en condiciones adversas, contacto con una fuerza considerable, y el riesgo de serias lesiones físicas permanentes, incluyendo magulladuras , raspaduras, torceduras, esguinces o rompimientos musculares, tendones o ligamentos , fracturas, dislocaciones de las articulaciones , conmoción cerebral, daño cerebral , nervios o la lesión de la médula espinal, parálisis y muerte. YO DE BUENA GANA Y VOLUNATARIAMENTE ASUMO TODOS LOS RIESGOS. Yo de buena gana y voluntariamente me comprometo a cumplir con los términos y condiciones establecidos y acostumbrados de participación y, si el Participante o yo tenemos alguna preocupación en la disposición del Participante para su participación en las actividades de SAL, voy a retirarlo(a) de su participación y llevaré esta preocupación a la atención del personal de SAL más cercano. Garantizo y reconozco que soy el padre o tutor legal del Participante y que estoy autorizado en mi propio nombre, del Participante y nuestros herederos, cesionarios y parientes más cercanos, para entrar en este medio en los siguientes acuerdos EN CONSIDERACIÓN DE que el Participante pueda participar en forma alguna en las actividades de SAL. POR LA PRESENTE LIBERO, DESCARGO, INDEMNIZO Y EXIMO DE TODA RESPONSABILIDAD, en la máxima medida permitida por la ley, el Condado de San Mateo, SAL, otros Participantes, voluntarios y patrocinadores SAL y todos los propietarios, arrendadores, arrendatarios u otras personas o entidades que permitan, o autoricen el uso de las instalaciones por SAL y los agentes, representantes, empleados, funcionarios y directores de dichas personas o entidades ("LIBERADOS") de cualquier y todo reclamo, demanda , costos, gastos e indemnizaciones que surjan de o de cualquier manera relacionada con una lesión u otro daño que pueda resultar de dicho Participante o para los miembros de mi familia o de mi hogar o las personas que invite o de quienes soy responsable durante cualquier actividad de SAL, YA SEA DERIVADOS DE LA NEGLIGENCIA DE LOS "LIBERADOS" O DE OTRA MANERA. Además reconozco que SAL es administrado, en parte, por voluntarios en lugar de profesionales pagados. Además, reconozco y acepto que esta Exención de responsabilidad, Asunción de riesgo y Liberación pretende ser tan amplio e inclusivo como permitido por las leyes de California y estoy de acuerdo que si cualquier parte de esta Exención de responsabilidad, Asunción de riesgo y Liberación sea considerada como no válida, el resto continuará en plena fuerza y efecto. RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO: Yo entiendo que el Participante o de cualquier miembro de la familia del Participante pueden ser retirados del programa en cualquier momento con o sin causa, incluyendo pobre desempeño académico o problemas de comportamiento antes, durante o después de la escuela, según lo determine SAL . Estoy de acuerdo en que el Participante no ha sido condenado por ningún delito menor además de que no tiene ninguna enfermedad conocida que podría plantear un riesgo indebido para los demás participantes.

Además, entiendo que los participantes de las Actividades de SAL pueden ser capturados en diversos medios de comunicación durante su participación en actividades de SAL. Por este medio irrevocablemente a la libre utilización de esos medios, incluyendo películas, videos o material de fotografía fija por SAL, sus agentes, sucesores y cesionarios, de mi nombre, voz , firma, fotografía o imagen, de cualquier manera, o en relación con la publicidad, anuncios, solicitudión o venta de productos, mercaderías, bienes o servicios sin compensación para mí. Yo irrevocablemente consiento el uso sin restricciones de mi carta biográfica, el nombre o la firma por SAL, sus agentes, sucesores y cesionarios, de cualquier manera, o en relación con la publicidad, solicitudión o venta de productos, mercancancia, bienes o servicios sin compensación para mí. Por el presente renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar la película terminada, video, fotografía, copia de publicidad o material impreso que se pueda usar en combinación con el mismo, o el eventual uso que se le puede aplicar. En relación con lo anterior, libero y exonero a SAL, sus agentes, sucesores y cesionarios de toda responsabilidad.

AUTORIZACION DE EMERGENCIA: Yo, el padre o tutor legal del Participante arriba mencionado, un menor de edad, por la presente autorizo a cada uno de los empleados y voluntarios de las actividades de SAL para actuar como mis agentes en calidad de supervisores de actividades y conductores de vehículos, y autorizo a cada de ellos para dar su consentimiento a un examen médico, quirúrgico o dental y/o tratamiento, incluyendo TENER CUALQUIER ENTRENADOR ATLÉTICO, ENTRENADOR, JEFE DE EQUIPO, TECNICO DE EMERGENCIAS MEDICAS, ENFERMERA(O), INSTALACION DE TRATAMIENTO MEDICO, Y/O DOCTOR EN MEDICINA, U ODONTOLOGIA O DE PERSONAL ASOCIADO (COLECTIVAMENTE, ASISTENTES MEDICOS) PROVEYENDO AL JUGADOR CON ASISTENCIA MEDICA Y/O TRATAMIENTO Y HACERME FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR EL COSTO DE ESA ASISTENCIA Y/ TRATAMIENTO. LOS PADRES/ TUTORES POR LA PRESENTE AUTORIZAN TRANSPORTE DE EMERGENCIA DEL JUGADOR DE UN CENTRO DE TRATAMIENTO MÉDICO SI ASI LO RECOMIENDA UN PROVEEDOR DE ASISTENCIA MÉDICA.

HE LEÍDO LA AUTORIZACION DE EMERGENCIA ANTERIOR Y LA RENUNCIA, ASUNCIÓN DE RIESGO Y RENUNCIA, Y EL RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DE CONSENTIMIENTO, ENTIENDO COMPLETAMENTE LOS TÉRMINOS DE CADA UNO, ENTIENDO QUE YO Y EL PARTICIPANTE HEMOS CEDIDO DERECHOS SUBSTANCIALES AL FIRMAR ESTE FORMULARIO Y ACEPTAR ESTOS TÉRMINOS. Y YO FIRMO ESTE FORMULARIO EN MI NOMBRE Y EN EL DEL JUGADOR Y ESTOY DE ACUERDO CON ESTOS TÉRMINOS DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA Y SIN ESTIMULO. ESTE ACUERDO Y TODOS SUS TÉRMINOS PERMANECERAN EN VIGOR MIENTRAS QUE EL PARTICIPANTE SE ENCUENTRE PARTICIPANDO EN ACTIVIDADES SAL A MENOS QUE SEA REVOCADO PRONTO POR ESCRITO Y ENTREGADO PERSONALMENTE A SAL

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____