

CONOCIMIENTO DEL RIESGO

RECONOCIMIENTO DE PARTICIPACION DEL GRUPO

METROWEST YMCA FAMILY OUTDOOR CENTER | 45 EAST ST. | HOPKINTON, MA 01748



Nombre del Grupo: _____ Fecha del Programa: _____

Nombre del Participante: _____

Voluntariamente hago uso de las instalaciones de MetroWest YMCA para utilizar el Muro de Escalar, Tiro con Arco, y Desafío / Curso de Cuerdas.

Conocimiento del riesgo

Entiendo que el programa que estoy a punto de iniciar es a mi propio riesgo. Entiendo que el Desafío/ Curso de Cuerdas, el muro de escalar, el tiro con arco y las actividades de aventura implican desafíos físicos y emocionales. Entiendo que es claramente mi responsabilidad determinar el grado apropiado y el estilo de mi participación. Estoy consciente de los riesgos de mi participación, que incluyen, pero no se limitan a heridas leves como raspones, contusiones, fracturas de huesos, contusiones leves y graves y lesiones catastróficas como parálisis e incluso la muerte. Estoy consciente de que el curso y las actividades son supervisados por personal capacitado, entrenado en la operación segura de las instalaciones.

Autorización de fotografía

Autorizo que el YMCA use la fotografía, la voz y el video de mi hijo en materiales promocionales y mensajes en línea (Internet), a menos que se especifique lo contrario por escrito. Entiendo que el uso de equipo fotográfico por la organización anfitriona de mi hijo (escuela, organización y programa) u otros participantes de la misma organización es a discreción de esa organización y no del YMCA.

Salud

Afirmo que mi salud es buena y que no estoy bajo el cuidado de un médico por cualquier condición no revelada que tenga que ver con mi aptitud para participar en las actividades. Si existen lesiones actuales, diversas habilidades, alergias o enfermedades que son pertinentes a su participación en este programa, por favor colóquelas en la siguiente lista, además, enumere cualquier medicamento que necesitamos tomar en cuenta para su participación:

Primeros auxilios y atención de emergencia

En caso de una emergencia médica, autorizo al personal a administrar primeros auxilios y/o recibir tratamiento médico adicional y transportarme a un centro de atención médica donde profesionales médicos puedan realizar los procedimientos necesarios.

Reconocimiento

Al firmar a continuación, reconozco que estoy plenamente satisfecho en cuanto a la naturaleza de la actividad o actividades a las que voy a participar, los riesgos asociados con cada actividad, el concepto de "Desafío por elección" y mi responsabilidad de reconocer mis propios límites.

NOMBRE DEL PADRE SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE 18: _____

Firma del Padre/Guardian sí el participante es menor de 18: _____

Firma del Participante de 18 años o mayor: _____

Fecha: _____

Contacto de Emergencia: _____ Número de Teléfono de preferencia: _____

CONOCIMIENTO DEL RIESGO

RECONOCIMIENTO DE PARTICIPACION DEL GRUPO

METROWEST YMCA FAMILY OUTDOOR CENTER | 45 EAST ST. | HOPKINTON, MA 01748

