



NOMBRE DEL NIÑO

EDAD

FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN

CIUDAD

CÓDIGO
POSTAL

TUTOR

TELÉFONO MÓVIL

TELÉFONO-TRABAJO

TUTOR

TELÉFONO MÓVIL

TELÉFONO-TRABAJO

EN CASO DE EMERGENCIA, SI EL TUTOR NO PUEDE SER CONTACTADO, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON:

NOMBRE

PARENTESCO

TELÉFONO

NOMBRE

PARENTESCO

TELÉFONO

NOMBRE

PARENTESCO

TELÉFONO

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL NIÑO DEL PROGRAMA: (los tutores deben notificar al personal si esto ocurriría.)

NOMBRE

PARENTESCO

TELÉFONO

NOMBRE

PARENTESCO

TELÉFONO

NOMBRE

PARENTESCO

TELÉFONO

SI LOS TUTOR ESTÁN DIVORCIADOS O SEPARADOS, POR FAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE CON LOS DATOS DE LA PERSONA QUE NO VIVE EN EL HOGAR:

NOMBRE

DIRECCIÓN

CIUDAD/ESTADO

¿ESTÁ PERMITIDO RECOGERLOS DEL PROGRAMA?

SI NO, POR FAVOR DE ADJUNTAR EL ACUERDO DE CUSTODIA Y/O ORDEN DE RESTRICCIÓN.

INFORMACIÓN DE SALUD:

ANÓTE CUALQUIER ALERGIA O REACCIÓN SENSIBLE: _____

ANÓTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE SU HIJO TOMA CON REGULARIDAD: _____

LISTA CUALQUIER NECESIDAD ESPECIAL PARA EL NIÑO _____

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD / CONSENTIMIENTO EN CUANTO A TRATAMIENTO MÉDICO

(Para que podamos tramitar su registración, usted debe firmar el formulario de EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO EN CUANTO A TRATAMIENTO MÉDICO luego de leerlo y ponerse de acuerdo con todo lo que aquí se declara. No se tramitarán las inscripciones en las que algún cambio se haya hecho al antedicho formulario).

Teniendo en cuenta mi participación o la participación de los miembros de mi familia en los programas de recreo de la Ciudad de Novato en que quiero inscribir, yo, por mi propia voluntad, ME COMPROMETO A RENUNCIAR cualquier y todo reclamo en contra de la CIUDAD DE NOVATO, la AGENCIA SUCESORA DE LA CIUDAD DE NOVATO A LA DISUELTA AGENCIA DE REURBANIZACIÓN DE NOVATO, la AUTORIDAD DE FINANZAS PÚBLICAS DE LA CIUDAD DE NOVATO Y SUS RESPECTIVOS FUNCIONARIOS, AGENTES, EMPLEADOS Y VOLUNTARIOS (de aquí en adelante los "RENUNCIADOS") de toda responsabilidad por lesiones, enfermedades (incluido el COVID-19) o muerte o daños a la propiedad a mi o a mis familiares que resulten de, que surjan de, o de alguna manera relacionados con la participación mía o de mis familiares en los programas de recreación de la ciudad de Novato o el uso de las instalaciones de los RENUNCIADOS en relación con este o estos programas. Yo entiendo que esta EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD se aplica aún cuando las actividades negligentes de los RENUNCIADOS hayan contribuido al daño o a la muerte o a daño a propiedades sufrido por mí o mis familiares al participar en este/estos programa(s). Acepto además INDEMNIZAR, DEJAR A SALVO Y LIBRAR DE RESPONSABILIDAD a los RENUNCIADOS de y contra cualquier y toda responsabilidad, demanda, motivos de acción y/o daños y perjuicios de toda clase o tipo (inclusive gastos de litigio y honorarios para abogados o testigos peritos) que resulten de la participación en este/estos programas, causados sea por un acto de negligencia o sea por omisión de parte de los RENUNCIADOS.

Yo entiendo además que graves accidentes puedan ocurrir en el/los programa(s) de recreo de la ciudad de Novato, en que presento una inscripción, y que los participantes en este/estos programa(s) puedan sufrir daños y perjuicios personales mortales o graves y/o daños a propiedades a consecuencia de participar en este/estos programa(s). Reconociendo los riesgos de las actividades, aún ACEPTO POR LA PRESENTE TOMAR ESTOS RIESGOS Y DEJAR A SALVO Y LIBRAR DE RESPONSABILIDAD EN TODA LA EXTENSIÓN DE LO PERMITIDO POR LA LEY A LAS PERSONAS ARRIBA MENCIONADAS QUIENES POR NEGLIGENCIA PASIVA O ACTIVA O POR DESCUIDO PUDIERAN SER RESPONSABLES ANTE MÍ POR DAÑOS Y PERJUICIOS.

Se entiende adicionalmente y se pone de acuerdo que esta exención de responsabilidad, de renuncia, de dejar a salvo e indemnización, nos vincula a mí y a otros participantes miembros de mi familia y a nuestros herederos, representantes y cesionarios.

Doy la autorización por la presente que médicos competentes den cualquier tratamiento o cuidado que crean que yo necesite, o necesiten miembros de mi familia, en caso de enfermedad o accidente durante tal(es) programa(s). En el caso de lesión de un niño participante, y si un padre no puede ser alcanzado, el Novato Fire District será contactado para transportar a los heridos a:

- Novato Community Hospital o
- Kaiser Permanente

(Por favor marque uno. Si no selecciona uno, los heridos serán automáticamente transportados a Novato Community Hospital.)

Si no desea que su hijo(a) sea fotografiado mientras participa en nuestros programas o instalaciones comunitarias, envíe un correo electrónico indicando esta preferencia a novatofun@novato.org.

Por mi firma abajo, yo indico que he leído, entiendo, y por voluntad propia me comprometo a cumplir con cada uno de los términos expresados.

EL NOMBRE DEL NIÑO

NOMBRE DEL TUTOR

FIRMA DEL TUTOR

FECHA