



Nombre de Escuela:

Aplicación para Membresía al Club SMILE

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre: _____ Apellido: _____ Grado: _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____ Ha estado en SMILE antes? Si No

Origen Étnico: (Marque todo lo que corresponda)

- Afroamericano/Negro Isleño del Pacífico Hispano /Latino
 Asiático Indio Americano/Nativo de Alaska Blanco
 Otro: _____

Han obtenido tus padres o guardiánes una Licenciatura? Si No

El idioma principal que hablamos en el hogar es Inglés Español Otro _____

Es usted elegible para un almuerzo escolar gratis/reducido? Si No

Es su hijo/a elegible para la Educación Migrante (Título 1-C), Educación Indígena (Título VII-A), o Enseñanza de Idiomas para Dominio Limitado del Inglés y Fondos para Niños Inmigrantes (Título III)? Si No

Mi hijo tiene las siguientes alergias a los alimentos: _____

Mi hijo tiene las siguientes alergias que no son de los alimentos y/o otros problemas de salud: _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/GUARDIÁNES

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección Completa: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección Completa: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Permiso para Participar en el Programa SMILE

(Debe ser firmado por el padre o guardián antes de que el estudiante pueda participar en el Programa SMILE)

- 1. Yo doy permiso para que _____ sea un miembro de SMILE
Nombre del estudiante (por favor escríbalo)
y para que los maestros de SMILE puedan chequear la tarjeta de reporte de las calificaciones de mi hijo/a y para que el personal de SMILE siga su progreso en la escuela.
2. Fotos son tomadas a menudo durante las actividades de SMILE. Yo doy permiso para que fotos de mi hijo/a puedan ser utilizadas por el Programa SMILE para fines publicitarios. Información de identificación nunca es incluida. Si ___ No ___

Su firma confirma que le gustaría que el estudiante mencionado sea considerado para la membresía al club del Programa SMILE. Si usted tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con la oficina de SMILE al 541-737-0534.

Firma del Padre o Guardián Legal

Escriba Nombre

Fecha

RECONOCIMIENTO DE RIESGOS Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

ESCRIBA EN IMPRENTA

Actividad: El evento Reto de Secundaria de SMILE

Grupo: SMILE Club

Fecha(s): Abril 25-26, 2019

Información del participante

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Dirección de domicilio: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Teléfono del hogar: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Lea con atención este documento de Reconocimiento de riesgos y exención de responsabilidad en su totalidad. Es un documento legalmente vinculante. Lea ambas caras de esta página. Firme y envíe este formulario a:

(INGRESAR el nombre, la dirección y el número de teléfono del contacto del Departamento)

Si es menor de 18 años, este formulario debe estar firmado por usted como el participante Y por su padre, madre o tutor legal.

Yo, el abajo firmante, estoy al tanto de que mi participación en la Actividad (de aquí en adelante, la **ACTIVIDAD**) descrita anteriormente puede incluir actividades que podrían causar lesiones o ser peligrosas. Reconozco que la participación en esta ACTIVIDAD tiene la siguiente lista no exhaustiva de actividades en particular que podrían ser riesgosas y peligrosas en las cuales se podrían sufrir lesiones corporales, incluso hasta la muerte (*INGRESAR las actividades a continuación*):

El evento Reto de Secundaria de SMILE y Conexión Universitaria se llevará a cabo en la Universidad del Oeste de Oregón y la Universidad Estatal de Oregón.

Con pleno conocimiento de los hechos y circunstancias que involucra la ACTIVIDAD, participo de forma voluntaria de la ACTIVIDAD y, en tanto, asumo las responsabilidades y riesgos resultantes de mi participación, que incluyen todo riesgo de daño a la propiedad y perjuicio de terceros y a mí mismo. Acepto cumplir todas las reglas y condiciones de la participación en esta ACTIVIDAD. Tengo el seguro aplicable adecuado que se necesita para obtener y pagar cualquier gasto médico que pueda surgir directa o indirectamente de mi participación en la ACTIVIDAD; de no ser así, entiendo que soy el único responsable de cualquier gasto médico que pueda surgir directa o indirectamente de mi participación en la ACTIVIDAD. Eximiré a Oregon State University, sus directivos, miembros de la junta directiva, agentes y empleados (de aquí en adelante, la **UNIVERSIDAD**) de responsabilidad con respecto a todos y cada uno de los reclamos, daños y costos relacionados con mi participación en esta ACTIVIDAD.

Además, reconozco que soy el único responsable de cualquier acción en la que participe en relación con esta ACTIVIDAD, sin importar si esto ocurre antes, durante o después del período de la ACTIVIDAD. Actuaré de manera considerada con otros participantes y en conformidad con las normas y el reglamento de la UNIVERSIDAD (*inclusive el Código de conducta estudiantil, según corresponda*) y cualquier ley o norma aplicable del estado o de la ciudad donde se realice la ACTIVIDAD. Si la ACTIVIDAD es un evento patrocinado por la UNIVERSIDAD afuera del campus, como las salidas de campo, las conferencias, las investigaciones, el aprendizaje empírico, la extensión del aprendizaje presencial, etc., entiendo que el comportamiento inaceptable en el aula es inaceptable durante la ACTIVIDAD y se tratará en conformidad con las normas de conducta estudiantil. Además, entiendo que si viajo a la ACTIVIDAD con un grupo o asesor de la UNIVERSIDAD, regresaré con el grupo a menos que haya un acuerdo previo con los miembros del claustro o del personal de la UNIVERSIDAD que supervisa la ACTIVIDAD.

Reconozco que la UNIVERSIDAD podría grabar mi participación y aparición en la ACTIVIDAD en cualquier medio de grabación que incluye, entre otros, video, audio y fotos (en conjunto, "grabaciones") para cualquier uso (que incluye, entre otros, publicaciones, sitios web, blogs, Internet, redes sociales). Autorizo dichas grabaciones y permito que la UNIVERSIDAD utilice mi nombre, la reproducción de mi persona, voz y material biográfico para exhibir o distribuir dichas grabaciones en parte o en su totalidad sin restricciones o limitaciones por cualquier motivo educativo o promocional. Si desea excluirse de esta sección, solicite la divulgación de exclusión de foto.

Estoy al tanto de que si proporciono un vehículo que no es propiedad ni es de uso de la UNIVERSIDAD para la transportación hacia, en o desde el sitio de la ACTIVIDAD, o si soy un pasajero en un vehículo de este tipo, la UNIVERSIDAD no es responsable de cualquier daño que surja o

provoque el uso de dicho medio de transporte. Además, reconozco que soy el único responsable de cualquier acción que realice que no esté dentro del ámbito de la ACTIVIDAD planificada, sin importar si ocurre antes, durante o después del período de dicha ACTIVIDAD.



Servicios para el riesgo empresarial
(541) 737-7252
risk.oregonstate.edu
Página 2 de 2

RECONOCIMIENTO DE RIESGOS Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Hasta el grado en que lo permita la ley, y en conformidad con los requisitos para poder participar en la ACTIVIDAD, dejo a salvo, libero y exonero a la UNIVERSIDAD de toda y cualquier responsabilidad, reclamo, causa, daño o perjuicio de todo tipo que pueda surgir de mi participación en cualquiera de las actividades relacionadas con la ACTIVIDAD o en conexión a ellas, ya sea por negligencia o desatención por parte de la UNIVERSIDAD u otra razón.

Es mi expresa voluntad que este Reconocimiento de riesgo y exención de responsabilidad vincule a mi cónyuge, los miembros de mi familia y herencia, herederos, administradores, representantes personales y beneficiarios. Además, acepto dejar a salvo y liberar de responsabilidad, indemnizar y defender a la UNIVERSIDAD de todo reclamo por las partes antes mencionadas que surja de mi participación en la ACTIVIDAD.

Reconozco que la UNIVERSIDAD no ofrece manifestación, garantía o promesa alguna en relación con la ACTIVIDAD y no asume responsabilidad alguna por daños materiales o perjuicios que pueda sufrir como resultado de la participación en la ACTIVIDAD.

Entiendo y acepto que esta es una exención de responsabilidad y un acuerdo de indemnización y que tiene como propósito ser **tan amplio e inclusivo como la ley lo permita**. Si alguna parte del presente documento queda sin validez, se acuerda que las cláusulas restantes, sin embargo, continuarán teniendo total validez y carácter legal.

Por la presente certifico que, con o sin ajustes,* no tengo razón o problema de salud alguno que impida o restrinja mi participación en la ACTIVIDAD. Por la presente expreso mi consentimiento y conocimiento de que soy el único responsable por los costos de los primeros auxilios, la atención médica de emergencia y, de ser necesario, la admisión en un hospital acreditado para recibir dicha atención médica o el tratamiento por lesiones que pueda sufrir durante mi participación en cualquier actividad relacionada a la ACTIVIDAD.

*Si su participación requiere de ajustes, comuníquese con _____ al menos una semana (7 días) antes de la fecha de la ACTIVIDAD.
(INGRESAR el nombre y número de teléfono del contacto del Departamento)

Nombre del contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Al firmar este Reconocimiento de riesgos y exención de responsabilidad reconozco y hago constar: (a) que he leído este documento en su totalidad, que lo entendí y que lo firmo por voluntad propia; y (b) que este Reconocimiento de riesgos y exención de responsabilidad es el acuerdo total entre las partes del presente y sus términos tienen carácter contractual y no meramente declarativo.

Firma del participante: _____ Fecha: _____

=====

OBLIGATORIO PARA TODOS LOS PARTICIPANTES MENORES DE 18 AÑOS: AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MÉDICA Y CONSENTIMIENTO CON EL ACUERDO DE LOS PADRES O TUTORES.

Certifico que soy el padre, la madre o el tutor legal del participante en la ACTIVIDAD arriba mencionado. En mi nombre y en el de mi cónyuge, pareja o cotutor, o cualquier otra persona que declare que el participante es su dependiente, he leído el acuerdo anteriormente expuesto y que entiendo el contenido de este Reconocimiento de riesgos y exención de responsabilidad, estoy de acuerdo con sus términos y condiciones, y firmo este Reconocimiento de riesgos y exención de responsabilidad en forma voluntaria. Reconozco que mi dependiente y yo estamos de acuerdo con los términos y condiciones de la participación de mi dependiente en la ACTIVIDAD y, por la presente, doy mi consentimiento para la participación de mi dependiente en la ACTIVIDAD y para que reciba tratamiento médico si se considera necesario. Además acepto liberar de toda responsabilidad, indemnizar y defender a la UNIVERSIDAD ante cualquier reclamo, demanda o causa que mi dependiente tenga o pueda tener.

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Este acuerdo puede ejecutarse en dos o más copias, cada una de las cuales es original y en conjunto se las considera como el mismo instrumento.

COMPLETE AMBAS CARAS DE ESTE FORMULARIO