

**FEDERATION ATLETICA MUNICIPAL DEL SUR DE CALIFORNIA
(SCMAF)
SIRVASE COMPLETAR LA INFORMATION CON LETRA DE IMPRENTA
FORMULARIO DE DESCARGO DE RESPONSABILIDAD Y DE
CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO**

NOMBRE DEL MENOR: _____
Nombre Apellido

HOMBRE _____ MUJER _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR: _____
Nombre Apellido

DOMICILIO: _____
Ciudad Código Postal

NO. DE TEL./HOGAR: _____ NO. DE TEL./TRABAJO: _____

ACTIVIDAD: _____

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Doy permiso, al menor en mi cuidado, de que participe en la antedicha actividad, y por la presente renuncio y descargo cualquier y todo reclamo or derecho de reclamo por daños y perjuicios causados per muerte, pre lesiones personales o daños a bienes, que pueda tener, or que puedan, en lo sucesivo, acumularse, como resultado de la participación de dicho menor en dicha actividad. Este descargo de responsabilidad es para liberar de responsabilidad, de antemano a los promovedores, a patrocinadores, a la Federación Atlética Municipal del Sur de California (SCMAF), a sus funcionarios y a cualquier municipalidad u organismo público (y a sus respectivos agentes o empleados), que esté involucrado, de y contra cualquier y toda responsabilidad que surja de, o que esté relacionado, de cualquier manera, con la participación de dicho menor en dicha actividad, aun cuando esta obligación pueda surgir por negligencia o descuido por parte de las personas u organismos antedichos.

También comprendo que es posible que ocurran accidentes graves durante dicha actividad, y que los que participan en dicha actividad ocasionalmente sufren lesiones graves o mortales y/o daños a sus bienes, como consecuencia de la misma. Sin embargo, conociendo los riesgos de dicha actividad, en nombre de dicho menor, por la presente acepto asumir la responsabilidad de estos riesgos y descargo de responsabilidad a toda persona u organismo, antedicho, quien debido a negligencia o descuido, hubiese sido responsable ante mi, o ante mis herederos o beneficiarios, por daños.

Queda entendido y acepto que este descargo y asunción de riesgo sea valedero en cuanto a mis herederos y beneficiarios.

Accedo aceptar y cumplir con las reglas y reglamentaciones de la Federación Atlética Municipal del Sur de California.

Fecha Firma de padre/madre o tutor

CONSENTIMIENTO DE QUE EL MENOR RECIBA TRATAMIENTO

*En caso de cualquier enfermedad repentina, accidente o lesión que pueda ocurrir mientras que el menor esté participando en una actividad supervisada por la Federación Atlética del Sur de California y sus representantes, agentes o personas designadas, cuando ninguno de sus padres, su tutor o médico particular, pueda ser ubicado, por la presente doy mi consentimiento, conforme con el Código Civil de California, No. 25.8, de que se administre tratamiento de emergencia en la medida en que fuese necesario, per parte de cualquier médico que esté licenciado por las leyes del estado de California.

Fecha Firma de padre/madre o tutor

Médico de Familia: _____

Teléfono: _____

Compañía de Seguro Médico: _____ Tipo de Póliza: _____

Antecedentes médicos importantes: (Epilepsia, Diabetes, Alergias, etc.) _____

Números a los cuales llamar en caso de emergencia: (de personas que no sean los padres)

1. Nombre: _____ Teléfono: _____

2. Nombre: _____ Teléfono: _____