

**Red Bluff Joint Union High School District**  
**Formulario de Participación en Actividades Voluntarias y Asunción de Posibles Riesgos**

Autorizo a mi estudiante, \_\_\_\_\_ a participar en Red Bluff Joint Union High School District (Distrito)-actividades patrocinadas por \_\_\_\_\_.

Entiendo y reconozco que estas actividades, por su propia naturaleza, plantean el riesgo potencial de graves lesiones/enfermedades a los individuos que participan en tales actividades.

Entiendo y reconozco que la participación en estas actividades es completamente voluntaria y como tal no es requerida por el Distrito para créditos de cursos o para completar los requisitos de graduación.

Entiendo y reconozco que para participar en estas actividades, mi estudiante y yo estamos de acuerdo en asumir la responsabilidad por cualquier y todos los riesgos potenciales que pueden estar asociados con la participación en tales actividades.

**Entiendo, reconozco y acepto que el Distrito, sus empleados, funcionarios, agentes o voluntarios no serán responsables de ninguna lesión/enfermedad sufrida por mi estudiante que sea incidente y/o asociada con la preparación y/o participación en esta actividad y yo asumo voluntariamente todos los riesgos, conocidos o desconocidos, de lesiones, cualquiera que sea su causa, incluso si son causadas en su totalidad o en parte por la acción, inacción o negligencia de las partes liberadas en la mayor medida permitido por la ley.**

Reconozco que he leído atentamente este FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES VOLUNTARIAS y que comprendo y acepto sus términos.

En caso de enfermedad o lesión, por la presente doy mi consentimiento para cualquier radiografía, examen, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico u odontológico y la atención hospitalaria que se consideren necesarios a juicio médico, cirujano o dentista que me atienda y que sean realizados por o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o centro que preste los servicios médicos u odontológicos.

Seguro medico \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Información de salud (alergias a las picaduras de abeja, convulsiones, etc.,)

\_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento? Sí No ( circule uno). En caso afirmativo, ¿cuáles y cuándo?

\_\_\_\_\_

Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Identificación del estudiante \_\_\_\_\_

Un FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA EN ACTIVIDADES firmado debe estar archivado en el Distrito antes de que un estudiante se le permita participar en las actividades extracurriculares anteriores.