

Minor Excursion Release Form

PLEASE PRINT CLEARLY

Office Use Only

EXCURSION TO: _____

DATE: _____

I. PARTICIPANT'S INFORMATION:

Participant's Name: _____

Date of Birth: _____ / _____ / _____ Gender: Male Female Age: _____
mm / dd / yyyy

Address: _____ City: _____ Zip: _____
Street Apt.

II. PARENT/GUARDIAN'S INFORMATION:

Parent/Guardian Name: _____ Relationship: _____

Telephone Number: _____ Alternate Number: _____

Parent/Guardian Name: _____ Relationship: _____

Telephone Number: _____ Alternate Number: _____

III. EMERGENCY CONTACT: *Information below must be different than Parent/Guardian*

Contact Name: _____ Relationship: _____

Telephone Number: _____ Alternate Number: _____

IV. MEDICAL INFORMATION:

Physician / Clinic Name: _____ Telephone Number: _____

Medication: No Yes Type: _____ Special Instructions: _____

Medical Problems, medication, conditions, special needs, request or comments: _____

I authorize my child to participate in the program titled above and partake in any field trip during this session.

In case of an emergency I authorize a city employee to seek treatment for my child from an available licensed physician. I also authorize a city employee to seek emergency transportation for my child to the nearest hospital. I realize that the City of Bell Gardens will not assume responsibility for payment of medical fees or expenses incurred.

The undersigned promises to indemnify and hold harmless the City of Bell Gardens and its elected representatives, directors, agents, or employees from any and all claims, demands, actions, liability or loss which may arise from or be incurred as the result of an injury or damage to persons or property arising out of participation in or the presentation of recreation activities/events.

I agree that the City of Bell Gardens may take and use such photographs of my child with or without their name and for any lawful purpose, such as publicity, illustration, advertising, and Web content. I grant the City of Bell Gardens, its representatives, and employees the right to take photographs of my child and my property in connection with the identified subject. I authorize the City of Bell Gardens, its assignees and transferees to copyright, use and publish the same in print and/or electronically.

By signing this release form I understand that it will be my responsibility as the parent/guardian to make arrangements to transport my child home if he/she does not report to the departure location at the specified time at the end of the excursion.

Parent or Legal Guardian Signature: _____ Date: _____

Please Note: REFUND will only be granted if activity is cancelled by the City of Bell Gardens.

CONSENTIMIENTO DE RESPONSABILIDADES PARA EXCURSIONES PARA MENORES

FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE

Office Use Only

EXCURSIÓN: _____

FECHA: _____

I. INFORMACIÓN DE PARTICIPANTE:

Nombre de Participante: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Género: Masculino Femenino Edad: ____
mm / dd / aaaa

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Zona Postal: _____
calle apt.

II. INFORMACIÓN DE PADRE/TUTOR:

Nombre de Padre/Tutor: _____ Relación: _____

Número de Teléfono: _____ Número Alternativo: _____

Nombre de Padre/Tutor: _____ Relación: _____

Número de Teléfono: _____ Número Alternativo: _____

III. CONTACTO DE EMERGENCIA: *Información debe ser diferente de los padres/tutores*

Nombre: _____ Relación: _____

Número de Teléfono: _____ Número Alternativo: _____

IV. INFORMACIÓN MÉDICA:

Nombre de Médico / Clínica: _____ Número de Teléfono: _____

Medicación: No Sí Tipo: _____ Instrucciones Especiales: _____

Problemas médicos, medicación, condiciones, necesidades especiales, petición o comentarios:

Autorizo que mi hijo(a) participe en el programa titulado arriba y en cualquier viaje durante esta sesión.

En caso de una emergencia, autorizo un empleado de la ciudad para buscar el tratamiento para mi hijo(a) de un médico con licencia disponible. También autorizo a un empleado de la ciudad para buscar transporte de emergencia para mi hijo(a) al hospital más cercano. Me doy cuenta de que la Ciudad de Bell Gardens no asumirá la responsabilidad por el pago de los gastos médicos o gastos incurridos.

El suscrito(a) promete a indemnizar y mantener indemne a la Ciudad de Bell Gardens y sus representantes electos, directores, agentes o empleados de cualquier y todo reclamo, demanda, acción, responsabilidad o pérdida que pueda surgir de o incurrir como resultado de una lesión o daños a personas o bienes como resultado de la participación o la presentación de las actividades / eventos recreativos.

Estoy de acuerdo en que la Ciudad de Bell Gardens puede tomar y utilizar las fotografías de mi hijo(a), con o sin su nombre y con cualquier objeto lícito, como la publicidad, la ilustración, y el contenido Web. Concedo la Ciudad de Bell Gardens, sus representantes y empleados el derecho a tomar fotografías de mi hijo(a) y de mi propiedad en relación con el asunto identificado. Yo autorizo a la Ciudad de Bell Gardens, los usuarios asignados y cesionarios de los derechos de autor, uso y publicación de la misma en forma impresa y / o electrónica.

Al firmar este consentimiento de responsabilidad entiendo que será mi responsabilidad como padre/tutor para hacer los arreglos para transportar a mi hijo(a) a casa si él/ella no se reporta al lugar de partida a la hora indicada al final de la excursión.

Firma de el Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Observe por favor: No se concederá ningún REEMBOLSO, a menos que la actividad sea cancelada por la ciudad de Bell Gardens.