



POR FAVOR LEA ESTE DOCUMENTO ANTES DE FIRMARLO. ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL QUE INDICA QUE USTED NO DEMANDARÁ A NINGUNA PERSONA U ORGANIZACIÓN SI ALGO LE SUCEDE A SU HIJO/O CUANDO ESTÁ TOMANDO PARTE DEL PROGRAMA DE “CHOICE PASS”. LOS JÓVENES, SIEMPRE QUE PARTICIPAN EN ACTIVIDADES FÍSICAS, CORREN EL RIESGO DE LASTIMARSE, LASTIMAR A OTRA PERSONA, ROMPER ALGUNA COSA Y, EN CASOS MUY EXTREMOS, MORIRSE. SI ALGO SUCEDE CON SU HIJO/A, LOS PADRES/TUTORES SON RESPONSABLES POR LOS GASTOS. ESTE DOCUMENTO TAMBIÉN AUTORIZA QUE SE USEN FOTOS, GRABACIONES, O VIDEOS DE SUS HIJOS CON FINES EDUCATIVOS. TAMBIÉN, AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, AUTORIZA QUE SE COMPARTA LA INFORMACIÓN SOBRE SUS HIJOS Y QUE SE LES HAGAN PRUEBAS DE DROGAS AL AZAR CON EL PROPÓSITO DE ESTAR EN EL PROGRAMA “CHOICE PASS”. SI USTED NECESITA QUE SE LE EXPLIQUE ESTE DOCUMENTO MÁS CLARAMENTE, POR FAVOR NO LO FIRME HASTA HABER RECIBIDO UNA EXPLICACIÓN SATISFACTORIA.

Permiso para que los jóvenes participen en los eventos de GCSAPP del condado de Gunnison

Por medio de la presente autorizo a _____ que participe en las actividades que ofrece el Proyecto GCSAPP a través del Condado de Gunnison. Entiendo que mi hijo/a aprenderá cosas relacionadas las consecuencias del uso de drogas y alcohol, conocimientos prácticos para la vida diaria y trabajo en equipo, y que participará en actividades que pueden causar desafíos físicos. También nos comprometemos a seguir las normas y reglamentos de GCSAPP.

Renuncia de Responsabilidad, Aceptación de Riesgo y Exención

NOMBRE COMPLETO DEL PARTICIPANTE: _____ **masculino/femenino**

FECHA NACIMIENTO (mes/día/año): _____ **Escuela y grado** _____

DIRECCIÓN: _____

FECHA(S) DE ACTIVIDAD(ES): COMENZANDO: SETIEMBRE 2015 Y TERMINANDO: SETIEMBRE 2016

Yo, la persona que firma, siendo el padre, madre o tutor legal del participante arriba mencionado, por medio de la presente, libero de toda responsabilidad al Programa GCSAPP del Condado de Gunnison y sus miembros, oficiales, agentes, empleados y otras personas o entidades que actúan en su nombre, los sucesores y asignados de todas las personas y entidades antes mencionadas de toda y cada una de las demandas y causas de cualesquier acción, conocida o no en el momento, ya sea en la ley o equidad, relacionado a una herida, discapacidad, muerte u otro daño a una persona, propiedad o ambos, que puedan resultar de la participación de mi hijo/a y/o su presencia en cualquiera de las actividades listadas arriba.

Reconozco que me han informado sobre el tipo de actividades y que conozco los riesgos a los que puede estar expuesto mi hijo/a al participar en dichas actividades, incluyendo riesgos de daño corporal, muerte o daño a la propiedad que pueden ocurrir por causas conocidas o desconocidas. Entiendo, acepto y asumo estos peligros y riesgos y renuncio a cualquier demanda contra el Estado de Colorado y el Condado de Gunnison y otras personas según lo establecido anteriormente.

Entiendo que soy el único responsable por cualquier costo que pueda incurrir por cualquier herida corporal o de la propiedad que pueda ocurrir durante la participación de mi hijo/a en actividades normales o inusuales asociadas con las actividades nombradas anteriormente.



Consentimiento para divulgar a la prensa

Otorgo a GCSAPP el permiso de usar cualquier imagen de mi hijo/a, o de alguien que se le parezca físicamente o que tenga una voz semejante, en fotografías, video o cualquier otro medio audiovisual, entrevistas u otro contenido, provisto a GCSAPP, en perpetuidad y en cualquier parte del mundo. Este material será distribuido a la discreción de GCSAPP a la prensa o al público con fines educativos.

Declaro que no es necesario el consentimiento de otra persona, firma, corporación u organización para que GCSAPP use imágenes mías, de mi hijo/a, o alguien parecido o de voz semejante, como fue descrito arriba y que esto no viola los derechos de terceros.

Certifico y declaro que he leído lo anterior y que comprendo plenamente el significado y el efecto del mismo, y tengo la intención de estar legalmente sometido a esta liberación. Tengo más de 18 años de edad y soy competente para realizar contrato a mi nombre o representando a mi hijo/a menor de edad.

___ *iniciales*

Consentimiento para Revelar Información y Permiso

Yo/nosotros (padre/madre/tutor) autorizamos al Distrito Escolar RE1J, Gunnison County Juvenile Services, y las autoridades policiales pertinentes, a intercambiar información con GCSAPP sobre la disciplina del estudiante e información sobre su progreso con la única finalidad de gestionar la accesibilidad del estudiante al "Choice Pass".

___ *iniciales*

Yo/nosotros (padre/madre/tutores) autorizamos a la facultad de la Escuela RE1J y GCSAPP para sacar a mi hijo/a de la clase para administrarle pruebas de drogas si/cuando mi hijo/a sea seleccionado al azar para pruebas mensuales de drogas.

___ *iniciales*

He tenido suficiente tiempo para revisar y obtener explicación de las disposiciones que figuran más arriba, he leído atentamente, las comprendo plenamente, y acepto su obligación. Después de una cuidadosa deliberación, voluntariamente doy mi consentimiento y estoy de acuerdo con esta versión de Renuncia de Responsabilidad, Aceptación de Riesgo y Exención.

HE LEÍDO, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON ESTO EL DÍA _____ DEL MES DE _____, 2015

Firma del estudiante _____ Fecha _____

Yo (su nombre) _____ soy padre/madre/tutor del participante quien ha firmado arriba. He leído y entiendo las cláusulas de este documento, doy permiso al participante a tomar parte de las actividades arriba mencionadas, y estoy de acuerdo con la Renuncia de Responsabilidad, Aceptación de Riesgo y Exención.

Firma del padre/madre/tutor _____ masculino/femenino

Fecha _____ dirección de correo electrónico _____

Este es el primer año que su hijo/a participa en el "Choice Pass"? SI NO

Por favor identifique su raza o etnia: _____