

California State PTA
2327 L Street
Sacramento, CA 95816-5014

**APROBACIÓN DE PADRES Y LIBERACIÓN POR EL ALUMNO
Y LIBERACIÓN POR PARTICIPANTES**

_____ tiene mi (nuestro) permiso para

Nombres del menores

tomar parte en todas las actividades patrocinadas por la PTA (Asociación de Padres y Maestros) durante el año escolar 2015 a 2016.

El abajo firmado, padre o guardián asume todo riesgo con respecto a la participación del estudiante en cualquier y toda actividad patrocinada por la PTA.

Yo el participante inscrito, con intención de estar obligado legalmente, por este medio libero y descargo para siempre de todos los derechos a nombre mío, mis ejecutores testamentarios, administradores y asignados, de cualquier reclamo y acción legal por daños que yo pudiese sufrir, o que después se pudiesen acumular contra California State PTA incluyendo todas las unidades, consejos, distritos y todos sus funcionarios, directores, miembros y voluntarios. Yo (nosotros) por la presente libero y descargo a la PTA de California, a todos los oficiales de PTA, a los empleados y a los agentes de toda obligación, a los reclamos o a las demandas de cualquier daño, pérdida o herida al estudiante, a la propiedad del estudiante, o a la propiedad del padre con respecto a la participación en estas actividades, a menos que causado por la negligencia de la PTA.

Yo (nosotros) por la presente certifico que a lo mejor de mi (nuestro) conocimiento y creencia tal menor se encuentra en buen estado de salud. En caso de enfermedad o accidente, se les da permiso para administrar tratamiento médico de emergencia. Es entendido aún más y es concordado que el abajo firmado asumirá responsabilidad replete por cualquiera tal acción, inclusive el pago de costos.

Atestiguo y certifico que estoy físicamente capacitado para participar en este evento y estoy informado de los riesgos inherentes a la participación en un evento atlético de esta naturaleza.

Yo (nosotros) por la presente aconsejo que el menor arriba nombrado sufre de las alergias siguientes, es sensible a los medicamentos siguientes y/o tiene la condición limitante siguiente que podría afectar su participación, de todos los cuales debe informarse al médico que trate la emergencia:

Si no tiene ninguno, por favor escriba "ninguno"

1. _____
Firma
Nombre impreso
Dirección

Fecha
(____)
Teléfono
Ciudad Estado Código Postal