

Bienvenido/a a Hope College
Centro de Aprendizaje Exploratorio

Renuncia para Eventos y Conferencias

1. En consideración por participar en Hope College Camps [Campamentos], por el presente LIBERO, RENUNCIO, ABSUELVO Y PACTO NO DEMANDAR a Hope College, el Consejo de Administración, sus funcionarios, agentes y empleados (en lo sucesivo, EXONERADOS) de cualquier y toda responsabilidad, reclamaciones, demandas, acciones y cualesquiera causas de acción que surjan de o estén relacionadas con cualquier pérdida, daño o lesión, incluyendo la muerte, que pueda sufrir yo, o cualquier propiedad que me pertenezca a mí, SEA CAUSADA POR LA NEGLIGENCIA DE LOS EXONERADOS , o de otra manera, mientras participe en tal actividad, o mientras esté dentro de o en los locales donde se realice la actividad o en el transporte a y desde dichos locales.
2. A mi leal saber y entender, puedo participar plenamente en esta actividad. Soy plenamente consciente de los riesgos y peligros relacionados con la actividad, incluyendo pero no limitados a los riesgos que se señalan aquí, y por el presente elijo participar voluntariamente en dicha actividad, y entrar en los locales nombrados arriba y participar en dicha actividad sabiendo que la actividad puede ser peligrosa para mí y para mi propiedad. ASUMO VOLUNTARIAMENTE LA RESPONSABILIDAD COMPLETA POR CUALQUIER RIESGO DE PÉRDIDA, DAÑO A LA PROPIEDAD O LESIONES PERSONALES, INCLUYENDO LA MUERTE, que pueda sufrir yo, o cualquier pérdida o daño a propiedad de mi propiedad, como resultado de participar en tal actividad, YA SEA CAUSADA POR LA NEGLIGENCIA DE LOS EXONERADOS o de otra manera.
3. Además, ESTOY DE ACUERDO CON INDEMNIZAR Y MANTENER INDEMNES A LOS EXONERADOS de cualquier pérdida, responsabilidad, daños o costos, incluyendo los costos judiciales y honorarios de abogados, que puedan incurrir debido a mi participación en dicha actividad, YA SEAN CAUSADOS POR NEGLIGENCIA DE LOS EXONERADOS o de otra manera.
4. Es mi intención expresa que este Acuerdo de Renuncia y Exoneración de Responsabilidad obligue a los miembros de mi familia y cónyuge (si los hay), si estoy vivo/a, y a mis herederos, cesionarios y representante personal, si no estoy vivo/a, y se considere como una LIBERACIÓN, RENUNCIA, ABSOLUCIÓN Y PACTO DE NO DEMANDAR a los mencionados EXONERADOS. Por el presente acepto además que este Acuerdo de Exención de Responsabilidad y de Indemnidad se interprete de acuerdo con las leyes del Estado de Michigan.
5. ENTIENDO QUE HOPE COLLEGE NO SERÁ RESPONSABLE DE NINGÚN COSTO MÉDICO ASOCIADO CON UNA LESIÓN QUE YO PUEDA SUFRIR.
6. Además, estoy de acuerdo en familiarizarme con las reglas y regulaciones de Hope College con respecto a la conducta estudiantil y no violar dichas reglas de ninguna directiva o instrucción hecha por la persona o personas encargadas de dicha actividad y que asumiré el riesgo completo de cualquier actividad realizada en violación de cualquier regla o directiva o instrucción.

7. También entiendo que debo, con la recomendación de Hope College, obtener un seguro de salud y accidentes adecuado para cubrir cualquier daño personal que pueda sufrir durante la actividad o el transporte a y desde dicha actividad.

8. TAMBIÉN ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE CUALQUIER DAÑO QUE CAUSE A LAS INSTALACIONES. AL FIRMAR ESTA RENUNCIA, RECONOZCO Y REAFIRMO QUE he leído el Acuerdo de Renuncia y Exoneración de Responsabilidad anterior, lo entiendo y lo firmo voluntariamente como mi propio acto y acción libre; no se han hecho representaciones, declaraciones o incentivos orales, aparte del acuerdo escrito precedente; tengo al menos dieciocho (18) años de edad y soy plenamente competente; y ejecuto esta Renuncia para la consideración plena, adecuada y completa con la intención de estar obligado/a por la misma.

9. Le doy a Hope College, a sus representantes y empleados el derecho a tomar fotografías y videos.

10. He establecido un plan para recoger al/a la participante en la conclusión del programa cada día.

ACUERDO DE RENUNCIA Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD – El escribir su nombre abajo también puede servir como su firma.

Por el presente doy mi permiso, consentimiento y autorización para cualquier tratamiento médico que un hospital o médico considere necesario. Designo al coordinador del evento y/o al director como mi agente legal con poder para autorizar y consentir la administración de tratamiento médico durante el evento.

En caso de tal accidente o enfermedad, doy permiso para que me den tratamiento médico como se considere apropiado. Asumiré la responsabilidad de cualquier tratamiento médico que se considere apropiado. Asumiré la responsabilidad de cualquier factura médica incurrida en mi nombre.

Nombre de participante (letra de imprenta) _____

Escuela participante (letra de imprenta) _____

Nombre de padre / madre / tutor (letra de imprenta) _____

Nombre de padre / madre / tutor (firmado) _____

Información de contacto de los padres durante el programa
(En caso de que tengamos que ponernos en contacto con usted durante el programa, favor de proporcionar un número de teléfono celular.)

Fecha _____