****

|  |
| --- |
| **Student YMCA Branch:** |
| **Student District: Student School/Club:** |
| **Student First Name: Student Last Name:** |
| **Parent First Name: Parent Last Name:** |
| **Parent Email: Parent Phone Number:** |
| **MEDICAL/ALLERGIES:** List all student medical conditions, allergies and/or daily medication we need to be aware of. If the student does not have any, indicate in the space (NONE): |
| IN CASE OF EMERGENCY FOR ALL PARTICIPANTS   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Name of contact:**  **Relationship to participant:**  **Email:**  **Phone number:**  **AUTHORIZATION and ACKNOWLEDGMENT:** By my signature, and of my free will I assume all risks and hazards incidental to this program/event. I do further release, absolve, indemnify and hold harmless, now and for all time, YMCA of Austin, the sponsoring YMCA, the organizers, sponsors, supervisors, volunteers and their agents, board of directors, representatives or assignees (collectively “The Parties”). I hereby waive all claims, now and for all time, against the Parties, for any injury to myself/my child any loss due to theft of or damage to his/her personal property or for any other consequential or incidental damages caused in any manner whatsoever where any such liability is attributable to the absence of ordinary or even slight care by the program/event organizers and the conduct of this program/event. The YMCA is hereby granted permission to use any individual or group photographs and/or videotapes showing me/my child in YMCA activities for use in public relations, promotional or advertising purposes. The YMCA has my permission to transport me/my child to, from, and during YMCA sponsored events/activities. In the event I cannot be reached or unable to make arrangements for emergency medical attention, I authorize the YMCA staff to take me/my child to the nearest hospital/clinic for treatment or to the one below: Physician/Hospital/Clinic: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Address\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I give consent for all necessary treatment for myself/my child when in the care of this physician and/or hospital/clinic.   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  | |  | Signature of Legal Guardian/Adult Participant, if 18 or over |  | Date |  | | |

****

|  |
| --- |
| **Estudiante YMCA:** |
| **Estudiante Distrito: Estudiante Escuela:** |
| **Primer Nombre de Estudiante: Apellido de Estudiante:** |
| **Primer Nombre de Padre/Guardián: Apellido de Padre/Guardián:** |
| **Correo Electrónico de Padre/Guardián: Teléfono de Padre/Guardián:** |
| **INFORMACION MEDICA/ALERGIAS:** Liste todas las condiciones médicas, alergias y/o medicamentos diarios. Si no tiene alguna condición médica o alergia por favor indique en el espacio (NADA): |
| EN CASO DE EMERGENCIA (PARA TODOS LOS PARTICIPANTES)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nombre:**  **Relación con el participante:**  **Correo Electrónico:**  **Teléfono:**  **AUTORIZACION Y ACUERDO:** Con mi firma, y mi libre albedrió asumo todos los riesgos y peligros relacionados con este programa/evento. Adicionalmente, libero, absuelvo indemnizo y mantengo indemne, ahora y para siempre, al YMCA de Austin, el YMCA patrocinador, los organizadores, patrocinadores, supervisores, voluntarios y sus agentes, la mesa directiva, representantes o cesionarios (colectivamente “los Partidos”). Por la presente renuncio a todos los reclamos, ahora y para siempre en contra de los partidos, por cualquier daño a mí mismo/mi hijo y/o cualquier perdida por robo o daño a mi propiedad personal o por cualquier otro daño indirecto o incidentales causados de cualquier manera alguna donde tal responsabilidad es atribuible a la falta de cuidado ordinario o incluso ligeramente por el programa/organizadores de eventos y la realización de este programa/evento. El YMCA tiene permiso de usar cualquier tipo de fotografías y/o videos individuales o grupales que muestren a mi hijo en las actividades del YMCA para su uso en relaciones públicas, con fines promocionales o publicitarios. El YMCA tiene permiso de transportarme / mi hijo hacia cualquier local asociado con el evento del YMCA antes, durante, y después de las actividades patrocinadas. En el caso de que yo no pueda ser localizado o no pueden hacer los arreglos para la atención médica de emergencia, autoriza al personal del YMCA para llevarme/mi hijo al hospital/clínica más cercano para recibir tratamiento o al local listado debajo: Doctor/Hospital/Clínica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Doy consentimiento para todo tratamiento necesario para mi/mi hijo cuando está en el cuidado de este médico y/u hospital/clínica.   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  | |  | Firma del Guardián Legal/Participante Adulto, si es mayor de 18 años |  | Fecha |  | | |