

NOMBRE DE GRUPO/ESCUELA: LNCS Keewaydin/ 6th grade

Hombre Mujer

Apellido de estudiante _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____ Altura _____ Peso _____

Nombres de padres/tutores _____

Dirección: Calle, PO Box, # de Dpto _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Email _____

Teléfono de casa (_____) _____ Teléfono de móvil (_____) _____

Si en caso de emergencia no es posible localizar al padre o tutor, favor contactar a:

Nombre _____ Teléfono de casa (_____) _____

Nivel de actividad: ¿Es su estudiante capaz de participar en actividades extenuantes? _____ Si _____ No, por favor, explique:

Condiciones médicos y conductuales: Por favor, incluya condiciones como diabetes, epilepsia, asma, TDA/H, etc. También, incluya tratamientos como enyesados, férulas, etc. que aplicar al tiempo en que el estudiante estará en residencia a Eagle Bluff.

Alergias e intolerancias: Por favor, incluya todas las alergias del estudiante (a medicinas, insectos, comida, etc.) y explíquelas. **Todas las alergias potencialmente mortales deben que estar comunicadas al líder de viaje antes de llegar a Eagle Bluff.**

Medicaciones: Por favor, liste los **medicamentos** que su estudiante está utilizando y explique.

ESTUDIANTE

Por favor, marque todos los **medicamentos sin receta** que un líder de su escuela puede proveer a su estudiante. (Estos medicamentos de venta libre estarán disponibles en la sala de primeros auxilios de Eagle Bluff.)

- Antiácido Diphenhydramine tópico (Benadryl) Diphenhydramine oral (Benadryl) Ibuprofen
 Acetaminophen (Tylenol) Caramelos para la tos Bloqueador solar Ninguno sin una llamada a casa

PÓLIZA DE DISPENSACIÓN MÉDICA: Todos medicamentos son suministrados por maestros o chaperones de la escuela de su estudiante. Medicamentos que trae su estudiante deben ser procesado por la póliza de la escuela de su estudiante y deben estar en la contenedor original.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN Y RENUNCIA (Por favor, lea la declaración al reverso de ésta página.)

X _____

FIRMA DE PADRE O TUTOR

FECHA

ATENCIÓN: Si no firma esta forma, su estudiante no podrá participar en todas las actividades en Eagle Bluff. Toda la información médica es confidencial y las formas son guardadas por cinco años. Usted puede pedir más información sobre los programas, instalaciones, y pólizas de Eagle Bluff.

- Eagle Bluff no tiene permiso tomar fotos de mi estudiante.
 No quiero recibir información sobre Eagle Bluff.

AUTORIZACIÓN MÉDICA Y DECLARACIÓN DE ABSOLUCIÓN DE CARGOS

Acuerdo, Indemnización, y Aceptación de Riesgos

Mensaje de Joe Deden, el director ejecutivo de Eagle Bluff:

Nuestro objetivo en Eagle Bluff es proveer experiencias seguras de aprendizaje para todos nuestros participantes. Nuestro curso de cables altos, curso de desafíos en grupos, pared de escalamiento, y todo el equipo es examinado frecuentemente y es seguro. También, cada participante recibe instrucciones de seguridad y una inspección de equipo por un empleado entrenado de Eagle Bluff. Cada curso tiene miles de participantes cada año y nunca hemos tenido lesiones graves. Nos adherimos a los más altos niveles de seguridad y supervisión en cada clase que ofrecemos.

Si tiene cualquier pregunta o preocupación, llámame personalmente al (507) 467-2437, extensión 104.

Firmando la parte delantera de esta forma estoy consintiendo a que...

Yo, como el padre o guardián del menor o estudiante (de aquí en adelante referirse a “menor”), por este medio doy mi permiso para mi niño/a o pupilo/a para participar en las actividades en Eagle Bluff y acepto las condiciones aquí contenidas. En consideración del menor a ser permitido por Eagle Bluff Environmental Learning Center, Inc. (de aquí en adelante referirse a EBELC) a participar en las actividades y a usar el equipo y las instalaciones, estoy de acuerdo a indemnizar y absolver de responsabilidad a EBELC de cualquier y todas las demandas, reclamos o acciones traídos por mi mismo y/o en nombre del menor, en contra de EBELC, que estén relacionados con la participación o uso por el menor. En caso de que yo presente una demanda en contra de EBELC, estoy de acuerdo en hacerlo solamente en el estado de Minnesota, y también estoy de acuerdo que la ley sustantiva de ese estado aplicará en esa acción sin consideración al conflicto de las reglas de las leyes de ese estado. Estoy de acuerdo que si cualquier parte de este contrato fuese encontrado nulo o sin efecto, las partes restantes permanecerán vigentes.

Reconozco que la participación de mi niño/a en iniciativas individuales e iniciativas en grupos, ejercicios de solucionar problemas, y crecimiento personal y actividades de desarrollo implican riesgos conocidos y también no anticipados que puedan resultar en lesiones físicas o emocionales, muerte de mi niño/a, daños a propiedad, o daños a otras personas. Comprendo que estos riesgos no pueden ser eliminados sin comprometer las cualidades esenciales de la actividad.

También, estoy de acuerdo de indicar a mi estudiante a cumplir con todas las reglas y pólizas y a cooperar con los empleados de Eagle Bluff. Comprendo y estoy de acuerdo que si mi estudiante no se adhiere a las reglas y pólizas, el/ella podría ser expulsado de Eagle Bluff y podría ser enviado a casa a mi propio gasto o gasto de los padres o guardianes.

Por la presente garantizo que el/la menor esta en buena salud; he identificado todas las condiciones medicas del menor y he informado a los empleados de EBELC de instrucciones especiales que ellos necesiten saber en consideración a la participación del menor. Garantizo que tengo seguro suficiente para pagar por cualquier tratamiento por lesiones que podrían ocurrir durante la participación, si no, estoy de acuerdo en pagar todos los costos por tratar la lesión.

Reconozco que las condiciones médicas del estudiante indicadas en esta forma están completas y correctas. Autorizo a los empleados de EBELC a solicitar cuidado medico o a transportar a mi niño/a a un instalación medica o hospital si, en su opinión, el/ella necesita atención medica. También, autorizo a los empleados a proveer tratamiento medico si es necesario por la salud de mi niño/a, en su opinión profesional. Estoy de acuerdo que cuando el/ella este al cuidado de personas medicas o en una instalación medica, EBELC ya no tendrá más responsabilidad por la situación y estoy de acuerdo a que pagaré todas las cuentas asociadas con el cuidado medico y transportación.