

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y PUBLICACION
CONTRATO DE PARTICIPACION**

Entiendo que, mi hijo/hija participará en actividades físicas de nivel moderado a riguroso y también preparará y consumirá comidas alimentos como parte del currículo del programa Fit Club™. Estoy de acuerdo en que mi hijo/hija participe en el programa de Fit Club™ con el entendimiento de que, en virtud de tal participación, el niño/niña a mi cargo puede estar en riesgo de sufrir daños físicos u otras pérdidas. Asumo deliberada y libremente la totalidad de dichos riesgos. Libero al programa Fit Club™, sus funcionarios, representantes, contratistas, subcontratistas o empleados de toda responsabilidad respecto a todas y cada uno de dichos daños o pérdidas. Entiendo que el programa Fit Club™ y su personal no son responsables del niño/niña si el/ella no atiende o no se encuentra presente en el programa de Fit Club™. Tiene permiso de caminar hacia el YMCA y después a casa. El programa Fit Club™ empieza a las 2:30pm y termina a las 5pm. Si el/ella necesita salir del programa antes de las 5:00 pm, le daré una nota o llamaré al (714) 549-6440 ext.2 para dejar saber al personal del programa que mi hijo/a tiene que salir temprano.

Firma de Padres o Tutor Legal

Fecha

Autorización para Tratamiento Medico

En caso de una enfermedad seria o accidente, yo autorizo al personal del programa de Fit Club™ a buscar asistencia médica y/o marcar a los servicios de emergencia 911.

Firma de Padres o Tutor Legal

Fecha

Información Medica del Estudiante

A mi conocimiento, mi hijo/hija NO ES ALERGICO/A a productos lácteos, nueces, o productos de trigo.
A mi conocimiento, mi hijo/hija NO TIENE NINGUNA CONDICION MEDICA que le prohíba participar en ejercicios físicos de nivel moderado a riguroso.

Firma de Padres o Tutor Legal

Fecha

Si su hijo/hija tiene alguna condición médica, alergia o alguna necesidad especial que debamos estar informados, haga favor de proveernos con información detallada en este espacio (añada documentación si es necesario).

FORMA PARA CEDER TESTIMONIO Y FOTOGRAFÍAS

Yo cedo, autorizo y doy total consentimiento a Dr.Riba's Health Club (DrRHC) de publicar y exhibir mi fotografía, video o testimonio en el cual yo, mi esposo (a) y niños aparecen. Al igual estoy de acuerdo que Dr.Riba's Health Club (DrRHC) puede usar o exhibir materiales visuales ya sea para cualquier tipo de exhibiciones, páginas de Internet o publicaciones para el propósito de comunicarse con asociados de organizaciones benéficas y el público en general, mientras Dr.Riba's Health Club (DrRHC) sea acreditado cuando tales materiales sean usados o impresos. Yo reconozco los derechos de DrRHC de editar cualquier fotografía y/o testimonios a su discreción. También reconozco que Dr.Riba's Health Club (DrRHC) puede escoger no usar mi fotografía o testimonio por el momento, y en el futuro a su discreción usarlo en el futuro. También reconozco que no he recibido cualquier tipo de compensación monetaria por los materiales usados antes de este documento. También declaro con mi firma que este testimonio es real y basado en hechos actuales.

Firma de Padres o Tutor Legal

Fecha