



# Formulario de inscripción

de 9 años a Bachillerato

Uso de oficina

**23 de junio - 28 de junio de 2024**  
Fecha límite 3 de junio de 2024

Nombre	Edad	Hombre	Mujer
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	

## Padre/madre/tutor

Nombre	Teléfono móvil					
Correo electrónico	Teléfono de trabajo	Teléfono de vídeo:				
Dirección	Ciudad	Estado y código postal				
Nombre de la empresa	Preferencia religiosa de la familia					
<b>Marque todo lo que corresponda.</b> ¿Utiliza la caravana?:	ASL	PSE	VEA	Lectura labial	Ambos	Oral

¿Utiliza el campista un intérprete de lengua de signos en la escuela?

Sí No

## Formulario de pedido de camisetas del campamento.

Todas las camisetas son tallas de adulto.

**Pequeño Medio Grande X-Grande XX-Grande XXX-Grande**

## Contacto de emergencia *Si no se puede localizar a los padres o tutores, en caso de emergencia*

Nombre	Número de contacto
Personas autorizadas a llevarse al niño del campamento (que no sean los padres/tutores)	
Personas a las que no se permite llevarse al niño del campamento	

## Autorización para participar en las actividades del campamento fuera de sus instalaciones:

Por la presente autorizo a mi hijo a realizar excursiones fuera de las instalaciones del campamento, ya sea a pie o en vehículo. Fotografía/Vídeo y otros medios similares.

Deaf Youth Camp puede producir un video de la semana del campamento y/o poner fotos de las diferentes actividades en la página web de DYC o en medios impresos. (No se utilizarán nombres).

Firma del padre o tutor

Fecha



# Formulario de inscripción

Nombre del campista

## Formulario de exención de responsabilidad

### Formulario de exención de responsabilidad y consentimiento paterno

Por la presente renuncio, libero y eximo de toda responsabilidad al Deaf Youth Camp/ Baptist Ridge Camp, sus oficiales, empleados, agentes, representantes, voluntarios, herederos, albaceas y cesionarios de toda responsabilidad por lesiones personales, incluyendo la muerte, así como de todo daño o pérdida a la propiedad que surja de la participación de mi hijo(a) en este Programa de Campamento y cualquier viaje/transporte relacionado con este Programa de Campamento, ya sea pagado por mí o por el Deaf Youth Camp/Baptist Ridge Camp. Entiendo que esta exoneración e indemnización libera de responsabilidad por la conducta del Deaf Youth Camp/Baptist Ridge Camp y sus funcionarios, empleados, agentes, representantes, voluntarios, herederos, albaceas y cesionarios.

Esta autorización tiene como objetivo liberar por adelantado a Deaf Youth Camp/Baptist Ridge Camp, a sus funcionarios, empleados, voluntarios y agentes de toda responsabilidad, aunque dicha responsabilidad pueda surgir de una negligencia percibida por parte de las personas mencionadas anteriormente. Se entiende que algunas actividades recreativas implican un elemento de riesgo o peligro de accidentes, y conociendo esos riesgos, asumo esos riesgos. Además, se entiende y acuerda que esta renuncia, liberación y asunción de riesgo será vinculante para mis herederos y cesionarios.

### Consentimiento de los padres **(Rellenar si el solicitante es menor de 18 años o está bajo la tutela de un tutor)**

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a \_\_\_\_\_ a participar en todas las actividades del Deaf Youth Camp, y ejecuto la exención de responsabilidad anterior en su nombre.

Por la seguridad y el bienestar general de todos los campistas, el campamento se reserva el derecho irrestricto de despedir a un campista cuya conducta o influencia, a juicio del Director sea perjudicial para los intereses del campamento.



**He leído y comprendido el presente formulario de exención de responsabilidad y consentimiento paterno, y acepto todos sus términos y condiciones.**

Firma

Fecha

Relación



## Formulario de inscripción

Nombre del campista

### Consentimiento para la fotografía

El abajo firmante autoriza al Deaf Youth Camp a utilizar fotografías, materiales impresos, grabaciones de video y otros medios similares del participante del Deaf Youth Camp con fines de recaudación de fondos y/o marketing. En ocasiones, se pueden incluir fotografías de los participantes en videos promocionales, páginas web, álbumes de Deaf Youth Camp, boletines o nuestras Carpetas de Información, que contienen información entregada a iglesias, asociaciones, intérpretes, agencias y organizaciones con el único propósito de promover a las Deaf Youth Camp. El Deaf Youth Camp respeta la privacidad de sus participantes y no permite que visitantes no autorizados fotografíen o graben en video el campamento o sus participantes sin el permiso del Director.

Además, renuncio a todos y cada uno de los derechos de inspeccionar o aprobar la fotografía, cinta de video, materiales impresos y otros medios similares de mi(s) hijo(s) menor(es) o pupilo(s) y/o su(s) nombre(s) y/o imagen(es), incluyendo cualquier artículo escrito, guión, leyenda u otro escrito que pueda acompañar dicho uso de mi(s) hijo(s) menor(es) o pupilo(s) y/o su(s) nombre(s) y/o imagen(es). Por la presente, en mi nombre, en el de mi(s) hijo(s) menor(es) o tutelado(s), herederos y albaceas, renuncio, libero y eximo para siempre al Deaf Youth Camp/Baptist Ridge Camp de toda responsabilidad, reclamación, pérdida, coste, gasto o daño por difamación, calumnia, invasión de la intimidad, conversión, difamación, apropiación de la imagen o cualquier otra reclamación basada en el uso de mi(s) nombre(s) y/o imagen(es) y/o el de mi(s) hijo(s) menor(es) o tutelado(s) en cualquiera de dichos materiales.

Firma

Relación

**Por favor, indique todo lo posible sobre su seguro y la franquicia. Envíe una foto actual, copia de su inscripción y formulario de salud del campista completo y cheque/giro postal a:**

**Victoria Towobola/ DYC Registration  
PO Box 300827  
Kansas City, MO 64130**

**Cuota de inscripción: \$100.00**

**Por favor, incluya una foto reciente de su campista.**

**Los cheques deben ser pagaderos a Deaf Youth Camp**

**FECHA LÍMITE para recibir la solicitud y la cuota es el 1 de junio de 2024**



## Formulario de inscripción

Nombre del campista

### Política de reembolso

**No hay reembolso después del 31 de mayo de 2024**

Entiendo que en caso de retirada, despido o ausencia del campista después **del 31 de mayo de 2024**, no se reembolsará ni se renunciará a ninguna parte de la cuota de inscripción. No habrá reembolso a las familias o tutores, cuyos campistas se retiren o sean despedidos durante el campamento.

**He leído y acepto las condiciones de la política de reembolso.**



Firma

Fecha

Relación

### Política de pérdida/robo:

El Deaf Youth Camp no se hace responsable de los objetos perdidos o robados de su hijo, incluidos audífonos/implantes cocleares, localizadores, gafas, cámaras, joyas, linternas, prendas de vestir, aparatos y juegos electrónicos, teléfonos móviles, dinero, baterías y cargadores cocleares, etc.

Se recomienda encarecidamente **que** los campistas **no traigan** objetos de valor (teléfonos móviles, iPads, juegos o dispositivos electrónicos, tabletas, NOOK, dinero, etc.). El campista es responsable de sus objetos personales, incluidos, entre otros, audífonos, implantes cocleares y gafas. Se aconseja que el campista ponga su nombre en toda su ropa y objetos personales.



Firma

Fecha

Relación



## Formulario de autorización y formulario de salud

Uso de oficina

**Rellenar el formulario - firmar y fechar**

Nombre del campista	Fecha de nacimiento:      /      /
	SS#

### Seguros

**Tipo de sangre. Círculo uno:**

A+, A-, B+, B-, O+, O-, AB+, AB-

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ VP o Móvil

Nº de póliza/grupo \_\_\_\_\_ Tipo de cobertura \_\_\_\_\_

**Incluya una copia de su tarjeta del seguro.**

### Cartilla de vacunación

**Nombre de la vacuna:** Mes y año o INCLUYA UNA COPIA de la cartilla de vacunación

Difteria-Tétanos-Tos ferina

Tétanos – Difteria (TD)

Tétanos

Poliomielitis

Sarampión (duro, rojo)

Rubéola (alemán)

Paperas

Hepatitis B

Otros

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

### Contacto en caso de emergencia:

**Si los padres o tutores no pueden ser contactados/localizados, en caso de emergencia por favor contacte:**

Nombre

**Personas autorizadas a llevarse al** niño del campamento (que no sean los padres/tutores):

**Personas no autorizadas** a llevarse al niño del campamento:

### Poner **X** todo tener o fácil conseguir

Alergias	Picadura de abeja	Hiedra Venenosa	Penicilina	Roble venenoso	Sumac	Polvo	Epipen
----------	-------------------	-----------------	------------	----------------	-------	-------	--------

### Pon **una X** si tienes, usas o consigues fácilmente

Audición Ayudas	Implante coclear	Asma	Inhalador	Nebulizador	Diabéticos	Quemaduras solares fáciles
Sensibilidad cutánea debida a otra afección médica					Eczema	



Nombre del campista

## Medicamentos

Nombre del medicamento	Dosificación	¿Cuántas veces por día?	Uso de oficina

### ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS SIN RECETA

La siguiente información debe ser completada y firmada por el padre/tutor para que cualquier medicamento de venta libre pueda ser administrado en el Deaf Youth Camp. Todos los medicamentos serán administrados por una enfermera.

Los medicamentos de venta libre estarán disponibles en la Oficina de Enfermería durante el campamento. Para que su hijo reciba la medicación, **los padres deben autorizar cada medicamento poniendo sus iniciales en la casilla junto al nombre del medicamento que aparece a continuación.** Todos los medicamentos se administrarán siguiendo únicamente las instrucciones del envase. No se permite a los campistas automedicarse con ningún medicamento de venta libre mientras estén en el campamento.

Usted puede optar por **rechazar** que se le administre **cualquier medicamento** sin su consentimiento verbal o telefónico a la enfermera del campamento. Si ese es su deseo, **marque con una X la opción RECHAZAR MEDICAMENTOS a continuación.**

Inicial del padre	Nombre del medicamento	Inicial del padre	Nombre del medicamento	Inicial del padre	Nombre del medicamento	Uso de oficina
	Advil		Maalox		Excedrin Migraña	
	Tylenol		Gas X		Robitussin	
	Aleve		Mylanta		Pastillas para la tos Halls	
	Ibuprofeno		Tums		Aerosol cloráséptico	
	Excedrin		Pepcid AC		Pomada antibiótica	
	Bufferin		Rolaids		Caladryl Loción	
	Motrin		Benadryl		Gaviscon	
	Imodium A-D		Sudafed		Emmetrol	
	Pepto-Bismol		Claritin/Loratidina		Midol	
	Zantac		Loción con Lidocaína			



Nombre del campista

### Consentimiento para el tratamiento

En el caso de que no se me pueda localizar en caso de emergencia, por la presente doy permiso para que el médico seleccionado por el Administrador del campamento, la enfermera del campamento o el personal médico de emergencia, o el cirujano, en caso de una enfermedad o lesión repentina durante la participación en las actividades del Deaf Youth Camp, hospitalice, asegure el tratamiento adecuado y ordene inyecciones, anestesia o cirugía para mi hijo/a y aceptaré todos los gastos del tratamiento médico o quirúrgico de emergencia.

Queda entendido que el Deaf Youth Camp no proporcionará ningún seguro médico para dicho tratamiento, y que el costo del mismo correrá por mi cuenta.

He informado al Deaf Youth Camp de cualquier necesidad médica especial y diagnóstico de mi hijo/a y les he proporcionado instrucciones completas y precisas con respecto a esas necesidades, incluyendo cualquier medicamento necesario y legalmente prescrito para mi hijo/a. Por la presente autorizo al Deaf Youth Camp y al Baptist Ridge Camp y a sus empleados y agentes a dispensar medicamentos y atender otras necesidades especiales de mi hijo/a.

Doy permiso a la enfermera del Deaf Youth Camp para administrar todos los medicamentos indicados según las instrucciones del envase o escritas por el padre/tutor y cualquier información y tengo información escrita sobre el diagnóstico de mi hijo.



Firma

Relación



**Los hospitales del condado de Benton no aceptarán este formulario de "Consentimiento para tratamiento" SÓLO con la firma de los padres. Es necesario que el formulario esté certificado ante notario. ¡Gracias!**



Firma del notario

Fecha

### Otra información médica: Por favor "X" Sí o NO

Información médica	SÍ	NO
ADS/ADD/ADHD		
Convulsiones		
Problemas de vejiga		
Problemas renales		
Problemas de corazón		
Dificultades emocionales		
Problemas estomacales		
Apendicectomía		
Sonambulismo		
Dolores de oído		
Problemas de vesícula biliar		



Firma

Relación



# Alergia alimentaria y necesidades dietéticas especiales

Nombre	Edad	Hombre	Mujer
Nombre de los padres		Móvil/Texto:	
Correo electrónico		VP Teléfono:	

Por favor, **marque con una X** o enumere todas las alergias o necesidades dietéticas especiales. **Marque con un círculo** del 1 al 5 si la reacción alérgica a estos alimentos es grave (1 - incómoda 2 3 4 5 - potencialmente mortal/grave)

- |                          |         |              |   |   |   |                             |
|--------------------------|---------|--------------|---|---|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Gluten  | 1 - incómodo | 2 | 3 | 4 | 5 - Peligro de muerte/grave |
| <input type="checkbox"/> | Nueces  | 1 - incómodo | 2 | 3 | 4 | 5 - Peligro de muerte/grave |
| <input type="checkbox"/> | Lácteos | 1 - incómodo | 2 | 3 | 4 | 5 - Peligro de muerte/grave |
| <input type="checkbox"/> | Huevos  | 1 - incómodo | 2 | 3 | 4 | 5 - Peligro de muerte/grave |

Otros:

---



---



---

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. ¿Lleva su hijo/hija un epi-pen?   | SÍ | NO |
| 2. ¿Su hijo/a conoce sus alergias?   | SÍ | NO |
| 3. ¿Su hijo/a es capaz de controlar sus propias necesidades alimentarias?      | SÍ | NO |
| 4. En caso negativo, escriba el nombre de la persona adulta responsable:       |    |    |
| 5. ¿Vendrá esta persona al retiro con su hijo/hija?                            | SÍ | NO |
| 6. ¿Trae su hijo/hija algo de su propia comida especial para sus comidas?      | SÍ | NO |
| 7. En caso afirmativo, escriba a continuación el nombre de su comida especial: |    |    |

---



---



---

Por favor, **adjunte una foto** de su hijo/hija para que el personal de la cocina pueda reconocerlos en la fila para las comidas. Muchas gracias.

Por favor, **escriba el nombre de su hijo/a** en la comida especial que traiga al campamento y entréguela al personal para que la lleven a la cocina.

# Formulario de renuncia y permiso de transporte

Niño/niños: \_\_\_\_\_

**Evento:** *Deaf Youth Camp*      **Fecha:** *23 de junio - 28 de junio de 2024*

**Localización:** *Baptist Ridge Camp*

Doy permiso para que mi(s) hijo(s) sea(n) transportado(s) en un vehículo de motor conducido a un evento y otras actividades en lugares especificados durante las fechas indicadas y **devuelto(s) a casa el 30 de junio de 2023**. Entiendo que se espera que mi hijo/a cumpla con todas las leyes aplicables con respecto a viajar en un vehículo de motor y se espera que siga las instrucciones proporcionadas por el conductor y/u otros voluntarios adultos.

He leído, entendido y discutido con mi hijo que:

- (1) Viajarán en un vehículo de motor conducido por un adulto y deberán llevar puesto el cinturón de seguridad durante el viaje.
- (2) Se espera de ellos que se respeten entre sí, a los vehículos en los que viajan y a las personas con las que viajan durante el viaje.
- (3) Viajar en un vehículo de motor puede provocar lesiones personales o la muerte a causa de choques, colisiones o actos de motoristas, otros conductores u objetos;
- (4) Deben permanecer en sus asientos y no molestar al conductor del vehículo.

Reconozco que al participar en esta actividad, al igual que en cualquier actividad de ida o vuelta al campamento que implique el transporte en vehículo de motor, mi hijo puede correr el riesgo de sufrir lesiones personales o pérdidas permanentes. Por la presente, doy fe y verifico que se me ha informado de los riesgos potenciales, que tengo pleno conocimiento de los riesgos que conlleva esta actividad y que asumo cualquier gasto en el que se pueda incurrir en caso de accidente, enfermedad u otra incapacidad, independientemente de si he autorizado o no dichos gastos.

Como condición para el transporte recibido, yo, en mi nombre, en el de mi hijo, mis albaceas y cesionarios, acepto además liberar y eximir para siempre al Deaf Youth Camp, al Baptist Ridge Camp, a los funcionarios y a los voluntarios de cualquier reclamación que yo mismo pudiera tener o que pudiera presentar en nombre de mi hijo con respecto a cualquier daño, demanda o acción de cualquier tipo, incluidas las basadas en negligencia, de cualquier manera que surja de este transporte. He leído este formulario de renuncia y permiso en su totalidad, lo entiendo perfectamente y acepto estar legalmente obligado por sus términos.



Nombre del padre/madre/tutor (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



# Formulario de consentimiento y exención de responsabilidad por coronavirus y VSR

- I. El Deaf Youth Camp siempre se esforzará por seguir razonablemente y lo mejor que pueda normas de conducta estatales y locales, y el Baptist Ridge Camp ha implementado medidas preventivas razonables para reducir la propagación de COVID-19, sus variantes y el RSV en sus instalaciones. Ni el Deaf Youth Camp ni el Baptist Ridge Camp pueden garantizar que usted o su(s) hijo(s) no se infectarán con COVID-19, sus variantes o RSV. Además, usted entiende y reconoce que el hecho de que su hijo(a) asista al Deaf Youth Camp en el Baptist Ridge Camp podría aumentar su riesgo y el de su(s) hijo(s) de contraer COVID-19, sus variantes y/o RSV.
- II. Además, aceptas que por cada día que tu(s) hijo(s) asista(n) al Deaf Youth Camp, certificas lo siguiente:
1. **Asumo toda la responsabilidad** de evaluar a mi(s) hijo(s) para detectar síntomas de COVID-19 Sus variantes y VSR cada día antes de dejarlos en el lugar de recogida O de dejarlos en el Baptist Ridge Camp.
  2. **No permitiré** que mi(s) hijo(s) asista(n) a un campamento en el que cumpla(n) los criterios de los CDC para los síntomas de COVID-19, sus variantes o RSV como se indica a continuación: Uno o más de los siguientes:
    - Tos
    - Escalofríos
    - Dolor de garganta
    - Falta de aliento
    - Dolor muscular
    - Pérdida del gusto o del olfato
    - Dificultad para respirar
    - Dolor de cabeza
    - Fiebre igual o superior a 100,4
  3. **Si mi(s) hijo(s) ha(n) sido diagnosticado(s) de COVID-19 o presenta(n) síntomas de COVID-19,** Sus variantes o RSV No permitiré que mi hijo asista al Deaf Youth Camp hasta que hable con el director del campamento
  4. **Mi(s) hijo(s) no ha(n)** estado en contacto con ninguna persona diagnosticada de COVID-19, variantes o RSV durante los 5 días anteriores al día en que mi(s) hijo(s) asiste(n) al campamento.
  5. **Mi(s) hijo(s) no ha(n)** viajado fuera de Estados Unidos ni ha(n) estado en contacto con nadie que haya viajado fuera de Estados Unidos en los últimos 10 días.

- III. Certifico además lo siguiente He comentado con mi(s) hijo(s) todos los requisitos, prácticas y procedimientos aplicables, incluidos, entre otros, los requisito de lavarse las manos en la mayor medida posible. Notificaré inmediatamente al Director del Campamento cualquier síntoma del virus corona, sus variantes o RSV, o si se confirma o presume una infección por el virus corona en mi(s) hijo(s), en mí mismo o en un miembro de mi familia. Acepto que mi(s) hijo(s) y yo actuaremos de conformidad con las directrices más actuales.
- IV. Al firmar este acuerdo, reconozco la naturaleza contagiosa de COVID-19, sus variantes y RSV y asumo voluntariamente el riesgo de que mi(s) hijo(s) y yo podamos estar expuestos o infectados por COVID-19, sus variantes o RSV al asistir a un campamento o actividad similar y que dicha exposición o infección pueda provocar lesiones personales, enfermedad, discapacidad permanente y muerte. Entiendo que el riesgo de quedar expuesto o infectado por COVID-19, sus variantes y RSV en el campamento o actividad similar puede resultar de las acciones, omisiones o negligencia mia y de otros, incluyendo pero no limitado a, Deaf Youth Camp y Baptist Ridge Camp, incluyendo voluntarios y empleados, y participantes del programa y sus familias. VOLUNTARIAMENTE ESTOY DE ACUERDO EN ASUMIR TODOS LOS RIESGOS ANTES MENCIONADOS Y ACEPTO LA RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA POR CUALQUIER LESION A MI(S) HIJO(S) O A MI MISMO (INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A, LESIONES PERSONALES, INCAPACIDAD Y MUERTE), DAÑO POR ENFERMEDAD, PERDIDA, RECLAMACION, RESPONSABILIDAD, O GASTO, DE CUALQUIER TIPO, QUE YO O MI(S) HIJO(S) PUEDA(N) EXPERIMENTAR O INCURRIR EN CONEXION CON LA PROGRAMACION DEL DEAF YOUTH CAMP ("RECLAMOS"). EN MI NOMBRE Y EN EL DE MI(S) HIJO(S), POR LA PRESENTE LIBERO, ME COMPROMETO A NO DEMANDAR, DESCARGO Y EXIMO DE RESPONSABILIDAD AL DEAF YOUTH CAMP Y A LOS ANTIGUOS DIRECTIVOS, EMPLEADOS, VOLUNTARIOS, EMPLEADOS Y AGENTES DEL BAPTIST RIDGE CAMP, Y RENUNCIO A TODOS Y CADA UNO DE LOS DERECHOS A HACER VALER DICHAS RECLAMACIONES, INCLUIDAS TODAS Y CADA UNA DE LAS RESPONSABILIDADES, ACCIONES, DAÑOS, COSTES O GASTOS DE CUALQUIER TIPO Y NATURALEZA QUE SE DERIVEN O ESTÉN RELACIONADOS CON LAS MISMAS.
- V. Entiendo y estoy de acuerdo que este descargo incluye cualquier Reclamo basado en las acciones, omisiones o negligencia del Deaf Youth Camp o del Baptist Ridge Camp, sus empleados, agentes y representantes, ya sea que una infección por COVID-19, sus variantes o RSV ocurra antes, durante o después de la participación en cualquier Deaf Youth Camp o programa similar. Estoy de acuerdo en que la presentación de este Descargo y Renuncia constituye una defensa completa y afirmativa a cualquier acción que afirme cualquier Reclamación y que dicha acción será desestimada con perjuicio a la presentación de este Descargo y Renuncia.

**HE LEÍDO ATENTAMENTE ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD, COMPRENDO PERFECTAMENTE TODOS SUS TÉRMINOS, ENTIENDO LOS DERECHOS A LOS QUE MI(S) HIJO(S) Y YO RENUNCIAMOS AL FIRMARLO, Y LO FIRMO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE SIN NINGÚN TIPO DE INCENTIVO.**

Nombre completo del campista: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma de los padres \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## Formulario de Exención y Responsabilidad de Kayak

### ¡¡¡LEA ATENTAMENTE!!!

Por la presente, el abajo firmante autoriza a mi hijo a \_\_\_\_\_ para asistir y participar de cualquier manera en los eventos y actividades relacionadas con el kayak. En consideración de los servicios de Mid-Lakes Baptist Association & Deaf Youth Camp (DYC), sus agentes, propietarios, funcionarios, voluntarios, participantes, y todas las demás personas o entidades que actúen en cualquier capacidad enyo mismo, mis hijos, mis padres, mis herederos, cesionarios, representante personal y patrimonio como sigue:

#### Reconozco y acepto que:

1. Usaré el equipo de protección y seguridad prescrito por Mid-Lakes Baptist Association y DYC, sabiendo, sin embargo, que el equipo de protección no garantiza ni puede garantizar la seguridad física.
2. Yo soy en todo momento plenamente responsable de mi propia seguridad y bienestar durante la participación en las actividades ofrecidas o proporcionadas por Mid-Lakes Baptist Association y DYC, y en tránsito hacia y desde dichas actividades. Acepto y asumo todos los riesgos relacionados con las actividades ofrecidas y/o proporcionadas por Mid-Lakes Baptist Association & DYC.
3. Entiendo y reconozco que hay riesgos de lesiones personales, muerte y daños a la propiedad durante la participación en las actividades de instrucción, y los viajes ofrecidos por Mid-Lakes Baptist Association. Incluyendo los riesgos planteados por el viaje a dicha actividad. Mi participación en estas actividades son puramente voluntarias, y yo elijo participar en estas actividades a pesar de los riesgos.

#### Acuerdo de exención de responsabilidad, renuncia a presentar reclamaciones e indemnización:

En consideración del permiso para participar en actividades con Mid-Lakes Baptist Association y DYC, por la presente reconozco y estoy de acuerdo con lo siguiente mediante la ejecución de este documento:

1. Por la presente libero y eximo de responsabilidad a Mid-Lakes Baptist Association y DYC, sus funcionarios, directores, agentes y voluntarios de cualquier responsabilidad por cualquier y toda lesión, discapacidad, muerte, o pérdida o daño a la persona o propiedad, ya sea causada por negligencia activa o pasiva o de otra manera, así como de cualquier reclamación o causa de acción que yo, mi patrimonio, herederos, sobrevivientes, ejecutores o cesionarios puedan tener por lesiones personales, daños a la propiedad, o muerte injusta derivada de las actividades ofrecidas o proporcionadas por Mid-Lakes Baptist Association y DYC.
2. Por mi participación en estas actividades y por el uso del equipo, por la presente asumo todos los riesgos y peligros y toda la responsabilidad por cualquier pérdida y/o daño, ya sea causado en su totalidad o en parte por la negligencia u otra conducta de Mid-Lakes Baptist Association, DYC, agentes, oficiales, directores y voluntarios, o por cualquier otra persona.
3. Certifico que no tengo ninguna condición médica o física que pueda interferir con mi seguridad mientras participo en estas actividades, o de lo contrario estoy dispuesto a asumir, y cargar con los costes de, todos los riesgos que puedan ser creados, directa o indirectamente, por dicha condición. Me comprometo a llevar siempre puesto un dispositivo personal de flotación debidamente abrochado mientras esté en el agua, y a utilizar cualquier otro equipo de seguridad que me pueda proporcionar la Mid-Lakes Baptist Association y DYC.

4. Entiendo y acepto que en caso de que sea necesaria una evacuación de rescate de emergencia, los gastos son de mi exclusiva responsabilidad y no de Mid-Lakes Baptist Association o Deaf Youth Camp.

\*\*\*Lea **este formulario completa y atentamente**. Usted está de acuerdo en que su hijo menor de edad participe en una actividad potencialmente peligrosa. Usted está de acuerdo en que, incluso si Mid-Lakes Baptist Association and Deaf Youth Camp utiliza un cuidado razonable en la prestación de esta actividad; existe la posibilidad de que su hijo pueda resultar gravemente herido porque hay ciertos peligros inherentes a esta actividad que no se pueden evitar o eliminar. Al firmar este formulario usted esta renunciando al derecho de su niño(a) y su derecho a recuperar de la Mid-Lakes Baptist Association and Deaf Youth Camp, agentes, oficiales, directores, y voluntarios, o por cualquier otra persona en una demanda por cualquier lesión personal a su niño(a) o cualquier dano a la propiedad que resulte de los riesgos que son una parte natural de la actividad. Usted tiene el derecho de negarse a firmar este formulario, y Mid-Lakes Baptist Association & Deaf Youth Camp tiene el derecho de negarse a permitir que su hijo participe si usted no firma este formulario.

***He leído atentamente este ACUERDO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD, y lo comprendo perfectamente. Entiendo que se trata de una exención de responsabilidad y al firmar este acuerdo estoy renunciando a importantes derechos legales.***

Nombre del niño (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Padre, madre o tutor si el participante es menor de 18 años:**

Nombre (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Firmado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Marque uno VP o Móvil

En caso de emergencia contactar: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

**Si no podemos ponernos en contacto con la persona arriba mencionada, indíquenos otra persona de contacto:**

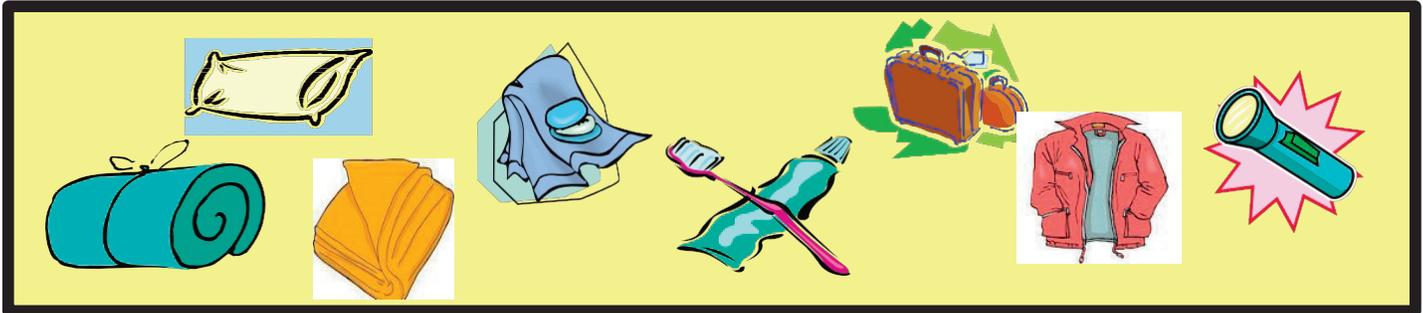
Nombre (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Marque uno: VP o Móvil

# Información sobre campamentos



Por favor, ¡llévalos al campamento!



NO TRAER



**NO VAPEAR**

**CUALQUIER** dispositivo electrónico

**Si algún campista trae un teléfono móvil, juegos electrónicos o CUALQUIER dispositivo electrónico al campamento, serán bloqueados y devueltos el viernes.**

## Normas del Baptist Ridge Camp

- Cada campista **DEBE** tener los formularios de inscripción y salud con una copia de la tarjeta del seguro y todos los formularios firmados por los padres o tutor(es) y notariados.
- **Ningún campista** podrá abandonar el campamento **EXCEPTO** al cuidado de sus padres o de personas autorizadas.
- Se espera que cada campista permanezca toda la semana excepto en caso de enfermedad, lesión o emergencia.
- El campista no coopera con el programa del campamento y/o causa molestias indebidas se avisará a los padres para que vengán a recoger a su hijo.
- **NADA DE TIRANTES NI BLUSAS ESCOTADAS.**

Si tiene alguna pregunta, envíe un correo electrónico a Vivian Crowley:

[deafyouthcamp1982@gmail.com](mailto:deafyouthcamp1982@gmail.com)

Envíe todos los formularios y el dinero a: Victoria Towobola  
609 Spring Lake Dr.  
Independence, MO 64056