



MISSION SPRINGS
**OUTDOOR
EDUCATION**

Formulario de Registro de Adultos

Nombre de Escuela _____ Nombre del Profesor _____

Nombre de Adulto _____ Masc. Fem. Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____

Código postal _____

Teléfono de Casa (____) _____ Teléfono Celular (____) _____

Nombre de la Compañía de Seguro de Salud _____ Póliza # _____

Contacto de Emergencia _____ Teléfono de Casa (____) _____

Teléfono Celular (____) _____ Teléfono del Trabajo (____) _____

Información de salud y la dieta del adulto (Por favor complete todas las secciones, incluir una página adicional si es necesario)

Detalles de cualquier **problema de salud** que puedan surgir en el campamento (ansiedad , sonambulismo...)

Algunas **alergias** (de comida, medicamentos, insectos ...): _____

Medicamentos regulares _____

Necesidades especiales en dieta: Vegetariano Vegano Sin Gluten otro ➡ Para cualquier otra necesidad en la dieta , debe completar y presentar, dos semanas antes de la fecha de campamento, el Formulario de Información de Dieta (disponible de su maestro o www.missionspringsoe.com)

ESTE COMUNICADO PUDIERA LIMITAR SUS DERECHOS LEGALES: Mission Springs Christian Camps & Conference Center (en lo sucesivo, "Mission Springs"), también conocido como Frontier Ranch, ofrece una variedad de servicios e instalaciones para conferencias y campamentos. Aunque Mission Springs se esfuerza para llevar a cabo programas seguros y por mantener las instalaciones seguras, existe un riesgo de lesiones cuando los participantes forman parte de actividades que involucran un esfuerzo físico en el medio ambiente natural y rústico de Mission Springs. Al firmar abajo, doy testimonio de que he divulgado todas las condiciones de salud conocidas que pudieran afectar la participación del participante en el campamento o conferencia de Mission Springs. Aún más, aclaro que el participante se encuentra en buena condición física. Admito que Mission Springs no será responsable de las pertenencias personales que pudieran perderse o ser robadas durante el campamento o conferencia. En el evento de una emergencia, por la presente, le doy permiso a Mission Springs (y a los médicos seleccionados por Mission Springs) para que obtenga el tratamiento médico necesario, incluyendo inyecciones, anestesia, y/o cirugía. Admito que el participante tiene mi permiso para participar totalmente en la conferencia y/o actividades del campamento, ambos dentro y fuera de las instalaciones de Mission Springs, a excepción de cuando exista una nota indicando lo contrario en la solicitud del campamento o conferencia. También le doy permiso a Mission Springs para que use fotografías del participante en materiales de promoción futuras. Mi firma abajo, indica que Yo, como participante de un campamento o conferencia llevada a cabo en Mission Springs, y a nombre de mi hijo(a) (o de otra persona sobre la cual tenga tutoría legal o tutela) que participará en un campamento o conferencia en Mission Springs, estoy consciente de los peligros propios y riesgos asociados en tal participación. Al firmar, afirmo que entiendo totalmente los peligros propios y riesgos asociado a la participación del campamento o conferencia, incluyendo las actividades ahí incluidas, las cuales pudieran involucrar áreas poco iluminadas, terreno desigual, y otros elementos naturales y hechos por el hombre que pudieran resultar en lesiones; y por la presente asumo todos los riesgos de pérdida, daño o lesiones que pudiera sostener yo, mi hijo(a), u otra persona sobre la cual tenga tutoría legal o tutela. ADEMÁS, POR LA PRESENTE LIBERO DE TODA RESPONSABILIDAD A MISSION SPRINGS Y A SU MESA DIRECTIVA, OFICIALES, EMPLEADOS, AGENTES Y/O VOLUNTARIOS, INDEPENDIEMENTE DE SI TAL RESPONSABILIDAD SE ORIGINA DE ACTOS NEGLIGENTES O DE FALLAS PARA ACTUAR DE LOS EMPLEADOS, AGENTES, DIRECTORES, OFICIALES Y/O VOLUNTARIOS DE MISSION SPRINGS. La persona que firma está de acuerdo en que la Liberación de Responsabilidad anterior tiene la intención de ser tan amplia e inclusiva como sea permitido por las leyes del estado de California, y que si cualquier parte de esta se considera inválida, se acuerda que el resto, no obstante, permanecerá en pleno vigor y efecto.



Firma del participante _____ **Fecha** _____