4-H Center Programs • #1 Four-H Way • Little Rock AR 72223 • 501-821-6884 • www.arkansas4hcenter.org

Arkansas al aire libre Salud Escuela y Actividad/Formulario de Autorización

(Este formulario se mantendrá confidencial)

POR FAVOR UTILICE TINTA PARA LLENAR FORMULARIO

Escuela: _____ Fecha del programa: _____

Información del Participante	**Información de Contacto de Emergencia**
Nombre: _____ Último Primero Mitad	Nombre: _____ Último Primero
Dirección: _____	Teléfono: _____ Alt. Teléfono: _____
Ciudad/Pueblo: _____ Código Postal: _____	Relación con el estudiante: _____
Fecha de Nacimento: _____ F_____ M_____	

Declaración de entendimiento / Liberación

El programa Escuela al Aire Libre de Arkansas se esfuerza por crear una experiencia educativa outdoor positivo para los estudiantes de todas las edades a través de actividades basadas en la experiencia objetivas impulsada. La participación en los programas de apoyo administrativo y operacional en el Arkansas 4-H Center puede incluir ciertas actividades que son físicamente exigente, incluyendo pero no limitado a: natación, piragüismo, escalada, senderismo y tiro con arco. Soy consciente de la firma de esta declaración que reconozco que hay un elemento significativo de riesgo en cualquier actividad, deporte o la aventura asociado a estas actividades al aire libre. Conocer los riesgos inherentes, peligros y rigores que participan en las actividades, certifico yo o mi hijo menor de edad, es plenamente capaz de participar en estas actividades. Entiendo y estoy de acuerdo en que yo o mi hijo tiene la responsabilidad personal de seguir las reglas y procedimientos de seguridad establecidos en la medida en que él o ella participa en tales actividades. Al firmar abajo, estoy de acuerdo, no voy a celebrar responsables de la Universidad de Arkansas, Arkansas 4-H de la Fundación, el Servicio de Extensión Cooperativa de Arkansas o de sus empleados por cualquier lesión o daño que yo o mi hijo recibió durante el transporte o participar en el Arkansas programas o actividades escolares al aire libre

Publicaciones, Video, Permiso de Internet

El Servicio de Extensión Cooperativa de Arkansas normalmente toma fotografías, video y / o grabación de los programas, incluidos los programas de la escuela al aire libre Arkansas y sus actividades. Durante las actividades, una fotografía o grabación de vídeo / audio se pueden tomar de usted o su hijo. Al firmar abajo, doy permiso para que el Servicio de Extensión Cooperativa de Arkansas usar mi foto del niño, arte, trabajo escrito, voz, imagen, declaraciones verbales en cualquier medio conocido o desarrollado en el futuro sin ninguna restricción para su uso en cualquier promoción o educación propósitos.

Información Médica de Emergencia /Autorización Médica

¿Tiene participante tiene Alergias- □ Sí □ No Explique: _____
Incluyendo los alimentos (ingerido/marca en el aire-por favor)
¿Tiene participante tiene ninguna □ Sí □ No Explique: _____
limitaciones que podrían limitar la participación?
Es participante actualmente tomando □ Sí □ No Explique: _____
medicamentos? Por favor enumere.

Entiendo que los servicios de salud estarán disponibles y serán siempre y supervisión de un adulto. Si una enfermedad o lesión se desarrolla, se proporcionará y / o cuidado médico y hospitalario que se notificará a la brevedad posible. Al firmar abajo, estoy de acuerdo en que la historia de la salud que figuran en este documento es verdadera y correcta, y yo autorizo a: 1) un médico de cabecera y/o el personal del servicio de salud encargado de emplear este tipo de procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico, según sea necesario; y 2) las unidades de atención médica para liberar la información de registros médicos a la compañía de seguros de salud para los acontecimientos 4-H y/o el Servicio de Extensión Cooperativa para procesar reclamaciones. También entiendo y acepto que soy financieramente responsable de los gastos no cubiertos por el seguro de evento y por la presente garantizo el pago completo de los médicos tratantes y/o unidades de atención médica.

_____ _____ _____
Fecha Nombre del Padre o Tutor Legal (letra de imprenta) Firma del Padre o Tutor Legal

"La Universidad de Arkansas División de Sistemas de Agricultura ofrece a todos sus programas de extensión e investigación de Arkansas ofrece su programa a todas las personas elegibles independientemente de su raza, color, sexo, identidad de género, orientación sexual, nacionalidad, religión, edad, discapacidad, estado civil o condición de veterano, información genética, o cualquier otro estatus protegido por la ley, y es un empleador de acción afirmativa/igualdad de oportunidades."