



EXPANDED FOOD AND NUTRITION EDUCATION PROGRAM
RENUNCIA Y LIBERACION

Deseo participar voluntariamente en el University of Arkansas System Division of Agriculture Cooperative Extension Service Expanded Food and Nutrition Education Program (EFNEP). Es un programa educativo enfocado en mejorar la calidad de la dieta de las familias. Adultos y jóvenes son educados por personal de extensión preparados a través un currículo de EFNEP. Además, la actividad física es parte del programa para desarrollar y mejorar la salud física de los participantes. Entiendo que debo tener aprobación de mi médico antes de participar en la actividad física del programa.

Yo, reconozco, acepto y entiendo completamente que el esfuerzo físico es requerido para participar en la actividad física, la cual podría tener posibles riesgos o lesiones personales. Acepto plenamente el riesgo y la responsabilidad por todas las lesiones que yo y mi hijo/hija pudiéramos tener mientras participamos en la sesión de actividad físico del programa.

Yo, también reconozco, acepto y entiendo completamente que la University of Arkansas System Division Of Agriculture Cooperative Extension Service, normalmente toma fotografías, videos o grabaciones de sus programas, incluyendo EFNEP y sus actividades. Durante las actividades, yo entiendo que fotografías y videos/audios pueden ser tomadas de mí y de mi hijo.

TU DEBERAS PONER TUS INICIALES EN LA DECLARACION QUE APLIQUE:

- _____ Yo doy permiso al Arkansas Cooperative Extension Service para que las fotos, dibujos, trabajos escritos, voz, imagen o declaraciones escritas o verbales de mí y de mi hijo, sean utilizadas con propósito promocional o educacional sin ninguna restricción en cualquier medio ahora conocido o a desarrollarse en el futuro.
- _____ Yo **NO DOY PERMISO** al Arkansas Cooperative Extension Service para usar las fotos, dibujos, trabajos escritos, voz, imagen o declaraciones escritas o verbales de mí y de mi hijo, de ninguna forma.

Además, Yo estoy de acuerdo en liberar y eximir a la University of Arkansas, a la Division of Agriculture, the Cooperative Extension Service, a sus actuales y formales administradores, representativos, oficiales, agentes, voluntarios y empleados de cualquier responsabilidad, de todos y cualquier reclamo, demanda o cualquier acción que sea causada o tenga conexión con mi participación en el Expanded Food and Nutrition program.

YO HE LEIDO LOS TERMINOS DE ESTA RENUNCIA Y YO FIRMO ESTA RENUNCIA DE MI PROPIA VOLUNTAD Y ACUERDO.

ESCRIBA NOMBRE DE HIJO/HIJA: _____

ESCRIBA SU NOMBRE: _____

FIRMA del
 PADRE O GUARDIÁN: _____

FECHA: _____