

WAIVER, RELEASE OF LIABILITY, AND AUTHORIZATION FOR MEDICAL TREATMENT

PARTICIPANT'S NAME (PRINT): _____ DATE OF BIRTH: ____/____/____

ADDRESS: _____
Number Street Apt./Suite City State Zip Code

PHONE: () _____ EMERGENCY CONTACT NAME: _____ EMERGENCY CONTACT #: () _____

FAMILY PHYSICIAN: _____ TELEPHONE: () _____ INSURANCE COMPANY: _____

Pertinent Medical History Information (Epilepsy, Diabetes, Allergies, etc.): _____

In consideration of being allowed to participate in City of San Diego and Recreation Council Programs, I acknowledge and agree that:

- 1. Neither the City of San Diego nor the Recreation Council maintains health insurance for injuries to the participant that may arise out of involvement in classes/activities/events.
2. By virtue of participation, PARTICIPANTS RISK BODILY INJURY, INCLUDING, BUT NOT LIMITED TO, PARALYSIS, DISMEMBERMENT, AND DEATH AND OTHER LOSS INCLUDING DAMAGE TO PROPERTY.
3. I KNOWINGLY AND FREELY ASSUME ALL SUCH RISK FOR MY CHILD (AND/OR MYSELF).
4. I RELEASE AND HOLD HARMLESS AND PROMISE NOT TO SUE THE CITY OF SAN DIEGO OR THE RECREATION COUNCIL, their officers, agents or employees with respect to any and all such injury including, but not limited to, paralysis, dismemberment, death or loss except that injury or loss which results from gross negligence or willful or wanton misconduct of one of those individuals or organizations.
5. I agree to inform my child that he/she must follow (or I agree to follow) all safety rules, as well as any instructions given during the classes/activities/events listed below, including during lessons, practices, meets, special events, field trips, games or tournaments.
6. I hereby authorize and give my consent for medical care to be given in an emergency situation to the above named child (or to myself) while participating in this activity, including during lessons, practices, meets, special events, field trips, games or tournaments.
7. THIS AGREEMENT IS BINDING ON MY HEIRS, PERSONAL REPRESENTATIVES, NEXT OF KIN, SPOUSE AND ASSIGNS.
8. I hereby give permission for the above named child (or myself) to be photographed, videotaped or recorded for publicity purposes and that I waive all claims for compensation.
9. I certify to the best of my knowledge my child's (or my) current physical condition is satisfactory for participation in the classes/activities/events listed below and that he/she (or I'm) free of any health problem that would affect his/her (or my) ability to participate. Please note: Individuals with health conditions such as, but not limited to, chronic allergies (i.e. asthma), seizures and epilepsy may not participate until a medical clearance has been submitted. In addition, I must notify the coach/instructor/leader of any health condition(s) prior to participation.
10. I understand and agree that it is my sole responsibility to ensure that the address and emergency contact information are accurate at all times.
11. CONSENT TO TREATMENT OF A MINOR: In the event of sudden illness, accident or injury which may occur while said minor is engaged in classes/activities/events by City of San Diego and their representative, agents or assignees, when neither the parents, guardian or designated family physician can be contacted, I hereby give my consent for emergency treatment as shall be necessary under the circumstance by any physician licensed under the laws of the State of California.
12. The classes/activities/events to which this waiver, release of liability and authorization for medical treatment pertain are:

Table with 3 columns: Class/Activity/Event, Participant or Parent/Legal Guardian Initials, Date. Rows include Flag Football, Volleyball, Basketball, Soccer, Baseball, Softball, Sports Clinic/Expos.

PARTICIPANT'S SIGNATURE (If Participant is 18 years or older): _____

PARENT/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE REQUIRED IF PARTICIPANT IS 17 YEARS OF AGE OR YOUNGER: This is to certify that as a Parent or Legal Guardian of the participant, I consent to his/her waiver and release as set forth above. I realize participation in this program is voluntary.

Parent/Guardian Name (Print): _____ Relationship: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date Signed: ____/____/____

**LA CIUDAD DE SAN DIEGO/DEPARTAMENTO DE PARQUE Y RECREACIÓN Y CONSEJO DE RECREÓ
RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO MEDICO**

NOMBRE DEL PARTICIPANTE (escribir letra de molde): _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
DOMICILIO: _____

Número Calle Número de Apt. Ciudad Estado Zona Postal

TELÉFONO: () _____ NOMBRE DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: _____ TELÉFONO: () _____

MEDICO: _____ TELÉFONO: () _____ NOMBRE DEL SEGURO MEDICO: _____
Información pertinente de la historia médica (epilepsia, diabetes, alergias, etc.): _____

En consideración para poder participar en programas de la Ciudad de San Diego y de Consejo de Recreó, reconozco y estoy de acuerdo que:

1. Ni la Ciudad de San Diego ni el Consejo de Recreó mantienen seguro médico por daños al participante que puedan ocurrir durante la participación en clases/actividades/eventos.
2. Por virtud de participación, **LOS PARTICIPANTES ARRIESGAN DAÑO CORPORAL, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A, PARÁLISIS, DESMEMBRAMIENTO, MUERTE Y OTRAS PERDIDAS INCLUYENDO DAÑOS A PROPIEDAD.**
3. **ESTANDO EN PLENO CONOCIMIENTO Y LIBREMENTE ASUMO TODO RIESGO PARA MI NIÑO/A (Y/O MI MISMO).**
4. **RENUNCIO DE RESPONSABILIDAD, DECLARO INOCENTE Y PROMETO NO DEMANDAR A LA CIUDAD DE SAN DIEGO O A EL CONSEJO DE RECREÓ,** sus oficiales, agentes o empleados con respecto a cualquier daño incluyendo, pero no limitado a, parálisis, desmembramiento, muerte o pérdidas excepto cuando estos resulten por negligencia o mala conducta hecho intencionalmente o por mala voluntad de alguno de los individuos o de las organizaciones.
5. Estoy de acuerdo en informar a mi niño/a a que debe seguir (o estoy de acuerdo en obedecer) todas la reglas de seguridad, también cualquier instrucción dada durante la clase/actividad/eventos incluyendo durante lecciones, paseos, entrenamientos, juegos o torneos.
6. Autorizo y doy mi consentimiento para que asistencia médica sea proporcionada en una situación de emergencia para el niño/a (o para mí) durante alguna actividad, clases, entrenamientos, eventos especiales, excursiones, juegos o torneos.
7. **ESTE ACUERDO Y RENUNCIA OBLIGA A HEREDEROS, REPRESENTANTES, PARIENTES DIRECTOS, ESPOSO(A) Y PERSONAS ASIGNADAS.**
8. Por este medio otorgo permiso para que el niño/a nombrado a continuación sea fotografiado, grabado en video o registrado para propósitos de publicidad y renuncio a todas las formas de compensación.
9. Certifico a lo mejor de mi conocimiento, que la condición física actual de mi niño/a (o mía) es satisfactoria para participación en clases/actividades/eventos, y que el/ella (o yo) se encuentra libre de cualquier problema de salud que afectara su (o mi) capacidad de participación. Por favor note: Individuos con condiciones de salud, pero no limitado a, alergias crónicas (por ejemplo: asma), ataques de apoplejía o de epilepsia, no pueden participar hasta someter una autorización médica. Además, debo notificar al entrenador/instructor de cualquier condición(es) de salud antes de participar.
10. Entiendo y convengo que es mi responsabilidad asegurar que la dirección y la información sobre el contacto de emergencia enumerada abajo esta al corriente.
11. **CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO PARA UN MENOR DE EDAD:** En situación de enfermedad, accidente o herida que pueda ocurrir a un menor de edad, mientras participan en clases/actividades/eventos de la Ciudad de San Diego y de su representante, agentes o concesionarios, cuando padres, tutores familiares o el medico personal no puedan ser localizados o ponerse en contacto, por este medio yo otorgo mi consentimiento para que bajo estas circunstancias, personal médico autorizado y con licencia otorgada por el Estado de California preste el tratamiento de emergencia necesario.
12. Clases/actividades/eventos a cuales esta forma de renuncia de responsabilidad y autorización para tratamiento médico son:

Clase/Actividad/Evento	Iniciales del Participante o Padre/Mentor	Fecha
a. Flag Football	_____	_____/_____/_____
b. Volleyball	_____	_____/_____/_____
c. Basketball	_____	_____/_____/_____
d. Soccer	_____	_____/_____/_____
e. Baseball	_____	_____/_____/_____
f. Softball	_____	_____/_____/_____
g. Sports Clinic/Expos	_____	_____/_____/_____

FIRMA DE EL PARTICIPANTE (18 años o mayor): _____

FIRMA DE LOS PADRES O TUTOR SE REQUIRE SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD:
Este documento certifica que como padre/tutor del participante, doy mi consentimiento a esta renuncia de responsabilidad y autorización de tratamiento médico. Comprendo que la participación en este programa es voluntaria.

Nombre del Padre/Tutor (escribir letra de molde): _____ Relación: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: ____/____/_____