

GRATIS

CAMPAMENTO DE VERANO

La fecha de campamento:



Oregon State
University

Precollege Programs

REGISTRA HOY!

Regrese esta aplicación (complete tanto al frente a la espalda) a la Oregon State University.

Kami Hammerschmith
OSU Precollege Programs
110 Snell Hall
Corvallis, OR 97331

Kami.hammerschmith@oregonstate.edu
(541) 737-0534



FORMA DE REGISTRACIÓN

Complete ambos lados de esta aplicación

Nombre de estudiante

Fecha de nacimiento

Grado

Niño/ Niña

Dirección de casa

Número de teléfono

Parental Contact Information: (Please list a phone number where you can be reached while your child is in class)

Padre/Tutor

Número de teléfono celular

Empleador

Contacto de emergencia (aparte de los padres mencionados anteriormente):

Nombre

Relación con el participante:

Número de teléfono

Información Demográfica

* La información demográfica que usted proporcione será utilizada con fines estadísticos, para las subvenciones que nos ayudan a servir a una amplia gama de estudiantes. La información que usted proporcione será tratada de forma confidencial y sumisión es voluntaria.

Raza

- Indio o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Nativo americano o isleño del Pacífico
- Blanco
- Otro:
- Me niego a contestar

Etnicidad

- Hispano o Latino
- Otro: _____
- Me niego a contestar

Nivel de educación de padre o tutor

- No completó la escuela secundaria
- Diploma de escuela secundaria o GED
- Algo de estudio universitario, pero sin título
- Carrera técnica o título de dos años
- Licenciatura
- Maestría, doctorado o título profesional
- Me niego a contestar

¿El solicitante participa en el programa federal de almuerzos gratis o de precio reducido?

Sí Elegible, pero no participa No es elegible Me niego a contestar

Con pleno conocimiento de los hechos y circunstancias que rodean a la ACTIVIDAD, participo voluntariamente en la ACTIVIDAD y asumo las responsabilidades y riesgos que resultan de mi participación, incluyendo todo riesgo de daño a la propiedad y daño a terceros ya mí mismo. Acepto cumplir con todas las reglas y condiciones de participación en la ACTIVIDAD. Entiendo que como participante en este campamento / clínica, me están proporcionando cobertura médica limitada bajo una póliza de seguro que provee protección para accidentes cubiertos mientras participo en la ACTIVIDAD. Esta cobertura médica limitada actuará como el seguro principal hasta sus límites. Si los costos médicos exceden los límites de cobertura, tengo un seguro aplicable adecuado necesario para proveer y pagar los costos médicos que pueden resultar directa o indirectamente de mi participación en la ACTIVIDAD, o entiendo que soy el único responsable de cualquier costo médico que pueda directamente o resultan indirectamente de mi participación en la ACTIVIDAD. Yo indemnizaré y responsabilizaré a la Universidad Estatal de Oregón, sus oficiales, miembros de la junta directiva, docentes y empleados (en lo sucesivo UNIVERSIDAD) con respecto a cualquier reclamación, lesiones y costos asociados con mi participación en esta ACTIVIDAD.

Además, reconozco que soy el único responsable de cualquier acción que participo asociada con esta ACTIVIDAD o en torno a esta ACTIVIDAD, independientemente de que se produzca antes, durante o después del período de la ACTIVIDAD. Me conduciré de una manera que sea considerada con los demás participantes y de acuerdo con las Reglas y Reglamentos de la UNIVERSIDAD (incluyendo el Código de Conducta del Estudiante, cuando sea aplicable) y con cualquier estado, ciudad y leyes o reglas aplicables donde la ACTIVIDAD esté ocurriendo. Si esta ACTIVIDAD es un evento auspiciado por la UNIVERSIDAD fuera del campus, como excursiones, conferencias, investigación, aprendizaje experiencial, extensión del aprendizaje en el aula, etc., entiendo que una conducta no aceptable en el aula no es aceptable durante esta ACTIVIDAD y ser manejados de acuerdo con el Reglamento de Conducta del Estudiante. Además, entiendo que, si viajo a la ACTIVIDAD con un grupo y / o asesor de UNIVERSIDAD, regresaré con el grupo a menos que se hayan hecho arreglos previos con el personal de la UNIVERSIDAD que está supervisando la ACTIVIDAD.

Reconozco y reconozco que la UNIVERSIDAD puede registrar mi participación y aparición en ACTIVIDAD en cualquier medio grabado incluyendo, pero no limitado a video, audio, fotos (colectivamente "grabaciones") para uso en cualquier forma (incluyendo, pero no limitado a, Sitios web, blogs, internet, medios sociales). Autorizo tal grabación y liberación de la UNIVERSIDAD para usar mi nombre, semejanza, voz y material biográfico para exhibir o distribuir tales grabaciones en total o en parte sin restricciones o limitaciones para cualquier propósito educativo o promocional. Si desea darse de baja de esta sección, solicite la Opción de salida de foto.

Soy consciente de que, si yo proveo un vehículo que no pertenece a la UNIVERSIDAD y lo maneja la UNIVERSIDAD para el transporte hacia, en, o desde el sitio de la ACTIVIDAD, o si soy un pasajero en tal vehículo, la UNIVERSIDAD no es responsable de ningún daño causado o derivado de mi uso de dicho transporte. Además, reconozco que soy el único responsable de cualquier acción que tome fuera del alcance de la ACTIVIDAD programada, independientemente de si ocurre antes, durante o después del período de la ACTIVIDAD.

En la medida permitida por la ley, y en consideración a que se me permita participar en la ACTIVIDAD, por la presente salvo, exonerado, exonerado y libero a la UNIVERSIDAD de toda responsabilidad, reclamos, causas de acciones, daños o demandas de cualquier tipo y naturaleza que pueda surgir de o en relación con mi participación en cualquier actividad relacionada con la ACTIVIDAD, ya sea por negligencia o descuido de la UNIVERSIDAD o de otra manera.

Por mi intención expresa que este Reconocimiento de Riesgo y Renuncia de Responsabilidad obligue a mi cónyuge, los miembros de mi familia y mi herencia, herederos, administradores, representantes personales y asignados. Además, acepto guardar y eximir de responsabilidad, indemnizar y defender a la UNIVERSIDAD de cualquier reclamación de las partes mencionadas derivada de mi participación en la ACTIVIDAD.

Reconozco y reconozco que la UNIVERSIDAD no hace garantías, garantías, representaciones u otras promesas relativas a la ACTIVIDAD, y no asume responsabilidad alguna por lesiones o daños a la propiedad que pueda sufrir como resultado de la participación en la ACTIVIDAD.

Además, entiendo y estoy de acuerdo en que se trata de una liberación de la responsabilidad y el acuerdo de indemnización, y su **intención es ser lo más amplio e inclusivo como permitido por la ley**. Si alguna parte de este documento se considera inválida, se acuerda que el saldo continuará, sin embargo, en pleno vigor y efecto legal.

Por la presente certifico que, con o sin alojamiento, no tengo razones o problemas de salud que impidan o restrinjan mi participación en la ACTIVIDAD. Por la presente consiento y entiendo que soy el único responsable del costo de los primeros auxilios, atención médica de emergencia y, si es necesario, admisión a un hospital acreditado para llevar a cabo dicha atención o tratamiento por lesiones que pueda sufrir al participar en cualquier actividad asociada con la ACTIVIDAD.

Al firmar este Reconocimiento de Riesgo y Renuncia de Responsabilidad por la presente reconozco y represento: (a) que he leído este documento en su totalidad, lo entiendo y lo firmo voluntariamente; Y (b) que este Reconocimiento de Riesgo y Renuncia de Responsabilidad es el acuerdo completo entre las partes y sus términos son contractuales y no un mero recital.

Además, certifico que soy el padre o guardián legal del participante arriba mencionado en la ACTIVIDAD. En nombre de mí y mi cónyuge, pareja, con tutor o cualquier otra persona que reclame al participante como dependiente, he leído el acuerdo anterior, entiendo el contenido de este Reconocimiento de

riesgo y renuncia de responsabilidad, asiento a sus términos y condiciones, y firmare este reconocimiento de riesgo y renuncia de responsabilidad de mi propio acto libre. Reconozco que mi dependiente y yo hemos aceptado los términos y condiciones de la participación de mi dependiente en la ACTIVIDAD y doy mi consentimiento a la participación de mi dependiente en la ACTIVIDAD y recibo el tratamiento médico que se determine necesario. Además, acepto mantener indemne, indemnizar y defender a la UNIVERSIDAD de y contra todas las reclamaciones, demandas o demandas que mi dependiente tenga o pueda tener.

FECHA: _____ FIRMA: _____

Si desea darse de baja de la parte de este consentimiento, comuníquese con nuestra oficina para llenar el formulario de liberación de fotos. Firmar el Formulario de Liberación de Opción de Fotos significa que su hijo no aparecerá en las fotos tomadas en la clase y se le pedirá que se aparte