

# Destino ImagiNación Nuevo Mexico

## Permiso para Participar, Ceder Responsabilidad, Permitir tomar Fotografías y Autorizar Servicios Médicos en Caso de Emergencia

Yo, el Padre ó Guardián Legal de el(la) participante, otorgo permiso para que mi niño(a) \_\_\_\_\_ participe completamente en el Torneo Estatal de Nuevo Mexico de Destino ImagiNación.

En beneficio de mi persona y de cualquier otro(s) padre(s) ó guardián(es), participantes, personal representativo y sucesores, por este medio voluntariamente concedo, renuncio, libero para siempre, no culpo, defiendo y remunero a Destino ImagiNación SA, Programas Creativos de Nuevo Mexico, SA (CPNMI siglas en ingles) y sus agentes, oficiales, directivos, voluntarios y empleados de cualquier y toda responsabilidad y todas las demandas, acciones ó pérdidas por heridas en personas, daño de propiedad, la muerte injusta, la pérdida de servicios ó de otro motivo que pueda surgir de mi participación en actividades relacionadas al torneo inclusive viajando para y regresando del evento.

Yo por la presente otorgo permiso para Destino ImagiNación S.A. y Programas Creativos de Nuevo México, S.A. publicar imágenes del evento que puede incluir al participante.

En caso de un accidente que requiera el cuidado de emergencia, yo doy permiso para que el participante reciba tratamiento médico de emergencia inclusive cirugía de emergencia, los exámenes, la(s) medicina(s) ó radiografías. Asumo toda la responsabilidad por cualquier gasto médico y de transporte. Comprendo que si es requerido tratamiento médico se comunicaran conmigo tan pronto como sea posible. Si es necesario que el participante sea enviado a casa por razones médicas, razones disciplinarias, ó por otro motivo, yo por la presente asumiré todos los costos.

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre Padre o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Escriba el Nombre del Participante

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Nombre del Equipo

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante del equipo

Edad del Participante: \_\_\_\_\_

Sexo: M F

Desafió: A B C D E O RS I

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal(zip): \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Otra persona para contactar en caso de emergencia                      Relación                      # de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Medicamento que el Participante esta tomando

\_\_\_\_\_  
Alguna alergia a la comida ó medicamento

Si hay alguna otra información acerca de su niño(a) que necesitemos saber en caso de una emergencia medica ó medicamento por favor déjenos saber, \_\_\_\_\_