

ACUERDO Y COMUNICADO

El presente acuerdo y comunicado es entre _____ (“Participante”, “Yo”, “Yo” o “Mi”) y La Sociedad Misionera Nacional y Extranjera (“DFMS”) con respecto a la participación de los participantes en el evento de la Juventud Episcopal 2014/ 3 Días de Misión Urbana (“Eventos”).

1. Conducta de los Participantes e Indemnización. Estoy de acuerdo en obedecer completamente y cumplir con todas las reglas de conducta establecidas por la DFMS y cumplir con todos los términos de este Acuerdo. Yo estoy de acuerdo en indemnizar, defender y eximir de responsabilidad a la DFMS y otros participantes de y contra todas las consecuencias de mi violación o incumplimiento de este Acuerdo.
2. Exención y Renuncia a Suposición de Riesgo. En nombre de mí mismo, mis herederos, familiares, sucesores y cesionarios, y toda persona que tenga una demanda por o a través de mí, por la presente, totalmente y sin reservas ni limitación (a) asumo todos los riesgos y (b) libero completamente y para siempre a la DFMS y la exonero de cualquier y todas las demandas por, daños o pérdidas de la propiedad, lesiones, enfermedad, muerte o pérdida económica, conocidos o desconocidos, previstos o imprevistos, derivados directa o indirectamente de cualquier forma de, en o durante los eventos o en mi participación en ellos.
3. Comunicado de Fotografía/Video. Por la presente otorgo permiso a la DFMS para utilizar mi fotografía o video en cualquiera o todas las publicaciones, incluyendo la entrada al sitio web, sin pago alguno u otra consideración. Tengo entendido y estoy de acuerdo en que estos materiales serán propiedad de la DFMS y no serán devueltas. Yo autorizo irrevocablemente a la DFMS para editar, modificar, copiar, exhibir, publicar o distribuir esta fotografía o video con el propósito de publicar programas de la DFMS o para cualquier otro propósito legal. Además, yo retiro al derecho de inspeccionar o aprobar el producto final, incluyendo copias impresas o electrónicas donde yo aparezco. Además, retiro cualquier derecho a las regalías u otra compensación que surja o esté relacionada con el uso de la fotografía o el video.
4. Ley aplicable y jurisdicción. Este Acuerdo se regirá por las leyes de Nueva York, sin tener en cuenta conflictos de ley. Cualquier reclamo o disputa relacionada de alguna manera con este Acuerdo de los eventos serán resueltas mediante arbitraje.

Por la presente certifico que soy el padre/tutor del participante nombrado anteriormente y por este medio doy mi consentimiento sin reservas a lo anterior, en nombre de los participantes.

Firma y Fecha

Firma del Participante y Fecha

Nombre con letra legible

Nombre con letra legible

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EYE Y 3 DÍAS DE MISIÓN URBANA

Información del Participante:

Nombre: _____

Teléfono celular: _____ Número de alternativa: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

E-Mail: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Raza: _____ Antecedentes culturales: _____ (opcional)

Diócesis: _____ Provincia: _____

Información del Padre/Tutor:

Nombre: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono celular: _____ Número de alternativa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Número celular en caso de emergencia _____

Número de contacto en caso de emergencia: _____

Parentesco: _____

INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD PERSONAL/AUTHORIZACIÓN

_____, mi hijo/hija/tutelar, tiene mi permiso para participar en el Evento de la Juventud Episcopal 2014/ 3 Días de Misión Urbana.

Si yo no puedo ser localizado por teléfono, el Representante de Personal o uno de los miembros del personal de conferencias tiene mi permiso para autorizar el tratamiento médico para mi hijo/hija/tutelar. Esta autorización incluye la obtención de tratamiento médico, dental, de emergencia o de hospital, incluyendo la cirugía, radiografías, medicamentos y anestesia. Por la presente certifico que he leído y entendido la anterior autorización para recibir tratamiento médico. Acepto toda la responsabilidad financiera por el mismo. También certifico que no hay garantía o seguridad en cuanto a los resultados que puedan obtenerse.

FECHA DEL ÚLTIMA VACUNA CONTRA EL TÉTANOS _____

DIETA O REQUISITOS ESPECIALES DE SALUD _____

CONDICIONES MÉDICAS _____

RECETAS/MEDICINA SIN RECETA/REGÍMENES DE TRATAMIENTO

CUAQUIER OTRA COSA QUE DEBEMOS SABER

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PADRE/TUTOR

TELÉFONO DE LA CASA/CELULAR/TELÉFONO DEL TRABAJO DEL PADRE/TUTOR

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO (Por favor adjunte una copia de ambos lados de su tarjeta de seguro médico.)