

City of San Diego Parks and Recreation Department
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**, its 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 (and/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 am) 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 its representatives, 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:

	Class/Activity/Event	Participant or Parent/Legal Guardian Initials	Date
a.	_____	_____	____/____/____
b.	_____	_____	____/____/____
c.	_____	_____	____/____/____
d.	_____	_____	____/____/____
e.	_____	_____	____/____/____
f.	_____	_____	____/____/____
g.	_____	_____	____/____/____

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 PARQUES Y RECREO
RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO**

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

Número Calle Número de Apto. Ciudad Estado Zona Postal

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

MÉDICO FAMILIAR: _____ TELÉFONO: () _____ COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO: _____
Información pertinente de la historia médica (epilepsia, diabetes, alergias, etc.): _____

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

1. La Ciudad de San Diego no mantiene seguro médico que cubra daños al participante que puedan ocurrir durante la participación en las clases/actividades/eventos.
2. Por virtud de participación, **LOS PARTICIPANTES ARRIESGAN DAÑO CORPORAL, INCLUSO, PERO NO LIMITADO A, PARÁLISIS, DESMEMBRAMIENTO, MUERTE Y OTRAS PÉRDIDAS INCLUSO DAÑOS A PROPIEDAD.**
3. **ESTANDO EN PLENO CONOCIMIENTO, LIBREMENTE ASUMO TODO RIESGO PARA MI NIÑO/A (Y/O MI MISMO).**
4. **ABSUELVO, INDEMNIZO, Y PROMETO NO HACER RESPONSABLE NI DEMANDAR A LA CIUDAD DE SAN DIEGO**, sus oficiales, agentes o empleados con respecto a cualquier daño incluso, 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 la organización.
5. Estoy de acuerdo en informar a mi niño/a a que debe obedecer (o estoy de acuerdo en obedecer) todas la reglas de seguridad, también cualquier instrucción dada durante la clase/actividad/evento incluso durante lecciones, paseos, entrenamientos, juegos o torneos, etc.
6. Autorizo y doy mi consentimiento para que asistencia médica sea proporcionada en una situación de emergencia para el niño/a (o para mí mismo) durante alguna actividad, clases, entrenamientos, eventos especiales, excursiones, juegos o torneos, etc.
7. **ESTE ACUERDO Y RENUNCIA OBLIGA A MIS 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 cualquier derecho a compensación.
9. Certifico a mi mejor saber, que la condición física actual de mi niño/a (o mía) es satisfactoria para participación en las clases/actividades/eventos, y que el/ella (o yo) se/me encuentra(o) libre de cualquier problema de salud que afectara su (o mi) capacidad de participación. Individuos con condiciones de salud, no limitados a, alergias crónicas (por ejemplo: asma), convulsiones o ataques de epilepsia, no pueden participar hasta que sometan una autorización médica. Además, deben notificar al entrenador/instructor de cualquier limitación o condición 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 indicado está al corriente.
11. **CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO PARA UN MENOR DE EDAD:** En caso de enfermedad, accidente o herida le 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 médico familiar no puedan ser localizados o contactados, 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. Las clases/actividades/eventos a cuales esta Renuncia de Responsabilidad y Autorización para Tratamiento Médico se aplica son:

	Clase/Actividad/Evento	Iniciales del Participante o Padre/Mentor	Fecha
a.	_____	_____	____/____/____
b.	_____	_____	____/____/____
c.	_____	_____	____/____/____
d.	_____	_____	____/____/____
e.	_____	_____	____/____/____
f.	_____	_____	____/____/____
g.	_____	_____	____/____/____

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

SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD, SE REQUIERE FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR:

Este documento certifica que como padre/tutor del participante, doy mi consentimiento a esta Renuncia de Responsabilidad y Autorización de Tratamiento Médico. Entiendo que la participación en este programa es voluntaria.

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

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