

## DISTRITO DE LA BIBLIOTECA DEL GRAND COUNTY

### Exención de Responsabilidad del Distrito de la Biblioteca del Grand County

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo los peligros y riesgos que implica la participación en programas, eventos y excursiones con el Distrito de la Biblioteca del Condado de Grand.

Por la presente asumo todos los riesgos y libero, indemnizo, renuncio, descargo y me comprometo a no demandar (tanto para mí como para mis hijos menores o dependientes que asistan a dichas actividades), al Distrito de la Biblioteca del Condado de Grand, a sus empleados y asistentes, de toda responsabilidad hacia mí de cualquier pérdida, daño o lesión personal o de cualquier reclamo de este tipo, a mí o a mis hijos menores o dependientes presentes en dichas actividades, ya sea o no causado total o parcialmente, por la negligencia del Distrito de la Biblioteca del Condado de Grand o de dichas personas mientras yo o mi hijo(a) o dependiente esté participando en dichas actividades.

Además, exonero a todos los funcionarios, supervisores, empleados y otro personal de la agencia de cualquier reclamo, incluyendo la negligencia, a causa del tratamiento de primeros auxilios, o servicios prestados a mí o a mis hijos menores o dependientes durante o después de dicha participación descrita. Esta exención general se aplicará hasta que sea revocada o cancelada por escrito por la persona que firma esta exoneración.

### Autorización para la Atención Médica de Emergencia

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente doy mi permiso al Distrito de la Biblioteca del Condado de Grand para que se ponga en contacto con un médico para recibir atención médica o quirúrgica para mí, mi hijo(a) o dependiente(s), abajo nombrados en caso de que surja una emergencia. Estoy de acuerdo en aceptar y pagar los gastos de tratamiento o atención médica de emergencia.

Dependiente(s):

---

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Participante o Padre/Tutor

Phone: \_\_\_\_\_

Participante o Padre/Tutor