LITTLE HEROES PRESCHOOL BURN CAMP
Firefighters Burn Institute
3101Stockton Blvd
Sacramento, CA 95820
Phone: (916) 739-8525 | Fax: (916) 455-4376
Website: www.ffburn.org

Estimados Padres o Guardian,

Al Firefighters Burn Institute y Shriners Hospital Para Niños se complacen en invitarlos a usted y a su familia a participar en un programa para niños sobrevivientes de quemaduras hasta la edad de 6 años de edad. El campamento preescolar de Quemaduras **Little Heroes** es un programa de tres días diseñado a otorgar poder a los niños y a sus familias para entender y salir adelante con los retos físicos y emocionales asociados con la recuperación de quemaduras. El programa proveerá a los padres y guardianes con educación, consejería, y apoyo para su niño. Las fechas del campamento son del **viernes, 3 de noviembre al domingo, 5 de noviembre, 2017.** El programa se ofrece sin costo alguno a las familias elegibles.

Localizado en Camp Arroyo en Livermore, California, este nuevo campamento fue creado específicamente para sobrevivientes de edad preescolar acompañados de sus padre(s) o guardián legal. Camp Arroyo está equipado con cabañas estilo familiar, cada una con capacidad de hasta cuatro familias. Para dormir el campamento está amueblado con literas. El comedor es al estilo cafetería enfatizando el comer en familia. El uso de este maravilloso campamento esta siendo amablemente donado por la Fundación Familia Taylor. Usted puede ver el campamento por Internet en www.ttff.org.

Para que un niño participe en este programa por lo menos uno de los padres o guardián legal deberá participar los tres días del campamento junto con su niño. Habrá un programa educacional separado para adultos, también como programas adicionales para los hermanos. Mientras el programa de campamento de niños se enfocará en la recuperación emocional sana y física, el programa de adultos ayudará a los padres y guardianes con el cuidado y crianza de un niño que ha sufrido un daño severo de quemadura. El Campamento preescolar de Quemaduras Little Heroes será conducido por bien capacitado personal voluntario y de apoyo, incluyendo cuidado profesional de quemadura, personal apoyo de recuperación y bomberos. El programa también proporcionará una enfermera y terapeuta física para aquellos niños quienes necesiten continuar su terapia. Ningún programa de recuperación de esta índole ha sido ofrecido en ningún otro lado hasta ahora.

La participación de cada familia está siendo completamente financiada for el Firefighters Burn Institute y generosos subsidios.

Adjunto, encontrará una solicitud para participar en el Campamento Preescolar Little Heroes. Por favor conteste todas las preguntas a lo mejor de su capacidad y regréselas al Firefighters Burn Institute antes del **1 de septiembre, 2017.** Aplicaciones serán revisadas por nuestro Comité del Campamento Preescolar y personal médico. El transporte será ofrecido hacia y del campamento de las áreas de partida antes designadas. Cada niño debe ser acompañado al menos de un padre o guardián legal y todos los participantes deben de comprometerse al programa del fin de semana completo. Las solicitudes serán aceptadas dependiendo en el espacio disponible. Por favor note que Camp Arroyo es un lugar en el que no se permite fumar.

Además de inglés, este programa ofrecerá traductores del idioma español.

Esperamos que la información mencionada le haya proporcionado con la información general sobre el programa de campamento. Si tiene algunas preguntas adicionales, por favor siéntase libre de contactarnos.
¡Vengan a jugar y a crecer juntos!

Atentamente,

Brian Rice
Co-Director del Campamento

Liz Rice
Co-Director del Campamento

LITTLE HEROES PRESCHOOL BURN CAMP

Aplicación de familia

POR FAVOR REGRESE ESTA FORMA FIRMADA EL 1 DE SEPTIEMBRE 2017

POR CORREO: Firefighters Burn Institute, 3101 Stockton Blvd., Sacramento, CA 95820
TELEFONO: (916) 739-8525 | FAX: (916) 455-4376 | PAGINA DE INTERNET: www.ffburn.org

Little Heroes Preschool Burn Camp es un programa de recuperación de quemaduras modelo designado para sobrevivientes de quemaduras de edad preescolar entre los 3 y 6 años de edad y quienes los cuidan. Este programa único otorga poder a los niños con sus familias a poder y entender los retos emocionales y físicos asociados con la recuperación de quemaduras.

PERSONAL INFORMATION

APELLIDO DEL PADRE/ GUARDIAN | **PRIMER NOMBRE** | **TALLA DE CAMISETA**

APELLIDO DEL PADRE/ GUARDIAN | **PRIMER NOMBRE** | **TALLA DE CAMISETA**

☐ **SI** ☐ **NO**

APELLIDO DEL NIÑO | **PRIMER NOMBRE** | **APODO** | **SOBREVIVIENTE DE QUEMADURA**

FECHA DE NACIMIENTO | **NIÑO/NIÑA** | **TALLA DE CAMISETA**

☐ **SI** ☐ **NO**

APELLIDO DEL NIÑO | **PRIMER NOMBRE** | **APODO** | **SOBREVIVIENTE DE QUEMADURA**

FECHA DE NACIMIENTO | **NIÑO/NIÑA** | **TALLA DE CAMISETA**

☐ **SI** ☐ **NO**

APELLIDO DEL NIÑO | **PRIMER NOMBRE** | **APODO** | **SOBREVIVIENTE DE QUEMADURA**

FECHA DE NACIMIENTO | **NIÑO/NIÑA** | **TALLA DE CAMISETA**

☐ **SI** ☐ **NO**

APELLIDO DEL NIÑO | **PRIMER NOMBRE** | **APODO** | **SOBREVIVIENTE DE QUEMADURA**

FECHA DE NACIMIENTO | **NIÑO/NIÑA** | **TALLA DE CAMISETA**

DIRECCION | **CIUDAD** | **ESTADO** | **CODIGO POSTAL**

( ) **( )**

TELEFONO DE CASA | **TELEFONO CELULAR** | **DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO**

LENGUAJE PRIMARIO HABLADO EN CASA | **¿TODOS LOS ADULTOS IN SUS FAMILIA HABLAR EL Y ENTENDER INGLES? SÍ / NO**

¿COMO FUE REFERIDO USTED AL PROGRAMA?

BURN SURVIVOR MEDICAL INFORMATION

/ /

FECHA DEL DAÑO DE QUEMADURA DEL NIÑO **COMO SE QUEMO EL NIÑO/A**

AREA DEL CUERPO QUEMADA **% DE SUPERFICIE DEL CUERPO**

NECESIDADES ESPECIALES DEL NIÑO/A *(cambios de vendas, terapia física, etc.- descripción incluyendo frecuencia)*

1. **¿USA SU NIÑO/A TRAJE DE PRESION?** ☐ **SI** ☐ **NO**
2. **¿USA SU NIÑO/A UNA FEDULA O APARATO ORTOPEDICO?** ☐ **SI** ☐ **NO**
3. **¿HA CONSULTADO SU NIÑO A UN MEDICO, PROVEEDOR DE SALUD MENTAL, O CONSEJERO CON RELACION A UN PROBLEMA EMOCIONAL?** ☐ **SI** ☐ **NO**

   SI SU RESPUESTA ES SI, POR FAVOR EXPLIQUE *(incluya la fecha de la última visita)***:**_____

   _____

OUESTIONAIRE

1. **¿ALGUIEN EN SU FAMILIA TIENEN RESTRICCIONES DIETÉTICAS?** ☐ **SI** ☐ **NO**

   SI SU RESPUESTA ES SI, POR FAVOR ANOTE: _____

   _____

2. **ALGUIEN EN SU FAMILIA TIENE UNA RESTRICCION MEDICA O LIMITACION FISICA QUE PUEDA PROHIBIRLE EL PARTICIPAR EN ACTIVIDADES?** ☐ **SI** ☐ **NO**

   SI SU RESPUESTA ES SI, POR FAVOR ANOTE: _____

   _____

3. **¿ESTA ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA PASANDO POR PROBLEMAS COMO SON PRESION DE PARES, UNA DISCAPACIDAD DE APRENDIZAJE, ENFERMEDAD FAMILIAR, USO DE DROGAS O ALCOHOL?** ☐ **SI** ☐ **NO**

   SI SU RESPUESTA ES SI, POR FAVOR ANOTE: _____

   _____

4. **¿CUALES SON LAS ACTIVIDADES FAVORITAS DE SUS NIÑOS?** _____

   _____

5. **¿SU FAMILIA EXPERIMENTÓ CAMBIOS SIGNIFICATIVOS DE LA VIDA (MOVIDO, SE DIVORCIARON, MUERTE)?**

   _____

6. **¿SUS NIÑO/NIÑOS TIENE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN?** ☐ **SI** ☐ **NO**

   SI ASÍ QUE, POR FAVOR LISTA NIÑO/NIÑOS: _____

   _____

7. **¿EN QUE MANERAS PIENSA QUE PODEMOS AYUDAR A SU FAMILIA A DESARROLLARSE Y A CRECER?** _____

8. **¿TRAE ALGUIEN DE SU FAMILIA MEDICAMENTOS AL CAMPAMENTO?** ☐ **SI** ☐ **NO**

MEDICAMENTOS DEL NIÑO/A *(anote todos los medicamentos que traerá con usted, incluyendo medicamentos sin receta)*

MEDICAMENTOS DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL *(anote todos los medicamentos que traerá con usted, incluyendo medicamentos sin receta)*

9. SI HAY ALGUNA FAMILIA ESPECÍFICA CON LA QUE QUISIERA COMPARTIR CUARTO, ANOTE AQUI: _____

_____

PHOTO / VIDEO RELEASE

Durante el curso de este programa su familia puede estar participando en una actividad que esta siendo fotografiada (foto o video). Ocasionalmente estas fotografías pueden ser usadas para propósitos promociónales. Sus nombres, la causa de la quemadura de su niño/a y otra información sensible no serán utilizados sin su consentimiento.

☐ **SI, DOY PERMISO PARA QUE MI FAMILIA SEA FOTOGRAFIADA POR LA DECLARACION PRELIMINAR**

☐ **NO, PREFIERO QUE MI FAMILIA NO SEA FOTOGRAFIADA POR LA DECLARACION PRELIMINAR**

FIRMA DEL PADRE/ GUARDIAN LEGAL **FECHA**

TRANSPORTATION

Transporte será proveído de las siguientes locaciones. Por favor observe las locaciones preferidas de salida/llegada. Usted será contactado antes del campamento para hacer los arreglos finales. Si provee su propia transportación, por favor llegue no después de las 4:30 p.m. el viernes y partirá no después de las 12:30 p.m. el domingo.

☐ **HOSPITAL SHRINERS** (SACRAMENTO) ☐ **PROVEERA SU PROPIO TRANSPORTE**

☐ **ANGEL FLIGHT** ☐ **OTRO:**_____

SI NECESITA EXPLICAR, PROVEELA AQUI: _____

EMERGENCY INFORMATION

PROVEEDOR DE SEGURO MEDICO	**POLIZA #**	**GRUPO #**
		( )
CONTACTO MEDICO		**TELEFONO**
		( )
CONTACTO DE EMERGENCIA	**RELACION**	**TELEFONO**
		( )
CONTACTO DE EMERGENCIA	**RELACION**	**TELEFONO**

En el caso de una emergencia, yo por la presente doy mi permiso al equipo medico de **Little Heroes** Preschool Burn Camp que aseguren y administren tratamiento a mi costo, incluyendo tratamiento de emergencia medica o quirúrgica como sea necesario (incluyendo, pero no limitado a rayos X, exámenes de rutina, tratamiento y transporte necesario relacionado)

FIRMA DEL PADRE PARENT/GUARDIAN LEGAL **FECHA**

PARTICIPATION AGREEMENT

Todos los participantes serán requeridos el adherir las siguientes reglas. El fallo a seguir estas reglas puede causar que sea removido del campamento.

- A los participantes se les requerirá que sigan las reglas del campamento/lugar del campamento todo el tiempo.
- Los participantes serán respetuosos con todos los demás, el personal y empleados del campamento. Esto incluye acoso de cualquier manera, profanidad, racial, sexual, amenaza física, etc.
- Padres/ guardianes tomaran responsabilidad por las acciones de sus hijos/as.
- Posesión de drogas ilegales, alcohol o armas no será tolerado
- Se espera que los participantes protejan el ambiente al poner la basura apropiadamente y regresar las cosas a su respectivo lugar. ("sin dejar rastro")
- Participantes liberan y mantienen indemne al Firefighters Burn Institute, todas las organizaciones afiliadas, voluntarios, representativos y patrocinadores de algún caso civil, propiedad o daños relacionados y gastos (incluyendo honorarios de abogado) que pueden ser incurridos debido a mi participación en este programa y sus actividades

HE LEIDO Y ACEPTO ESTOS TERMINOS Y CONDICIONES:

FIRMA DEL PADRE/ GUARDIAN LEGAL **FECHA**

GROUP STUDY RELEASE

Estaremos conduciendo una encuesta para determinar como la experiencia del campamento ha enriquecido la vida de su familia. Esta encuesta será conducida por teléfono aproximadamente 3 meses después del campamento. Sus miembros familiares pueden permanecer completamente en el anonimato. Los resultados de este estudio serán utilizados Para mejorar el programa y sean utilizados como pauta Para futuros programas

☐ **SI, ESTAMOS DISPUESTOS A PARTICIPAR**

☐ **NO, PREFERIRIAMOS NO SER CONTACTADOS.**

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL **FECHA**

PARENT/CAMPER OUESTIONS & CONCERNS

Por favor utilice esta área para cualquier pregunta o preocupación. Incluya cualquier información que le gustaría que supiera el personal del campamento.

Nombre de los Participantes (Escriba con claridad y en MAYUSCULAS)

1. _____ _____
   Apellido **Nombre (Encargado Principal aquí)**
2. _____ _____
   Apellido **Nombre**
3. _____ _____
   Apellido **Nombre**
4. _____ _____
   Apellido **Nombre**
5. _____ _____
   Apellido **Nombre**
6. _____ _____
   Apellido **Nombre**

FORMA DE LIBERACION DE RESPONSABILIDAD DE LA FAMILIA

La Fundación FamiliarTaylor en Campo Arroyo

Organización/Nombre del Grupo _____

Dirección de la Familia _____ **Ciudad/Estado/Código Postal**_____

Nombre del Encargado Familiar _____**Condado en que vive**_____ _____

Teléfono de Casa (_____) _____ **Teléfono del Trabajo (_____)** _____**Teléfono Celular (_____)** _____

Por Favor Lea Cuidadosamente-Firma Requerida

Si el participante arriba mencionado es menor de 18 años de edad, por este medio Yo declaro que estoy autorizado como su tutor o guardián para firmar la Forma de Liberación de Responsabilidad en su nombre, y entiendo y estoy de acuerdo que ellas están sujetas a todos los términos y condiciones de este documento.

En consideración de los servicios brindados por la Fundación Familiar Taylor, con en siglas en Inglés ("TTFF"), el YMCA del Este de la Bahia (East Bay), y el Distrito de Parques Regionales del Este de la Bahía y sus respectivos agentes, empleados, directores, oficiales, contratistas, voluntarios (en conjunto con las "Partes Liberadas"), en conexión con la participación de los Participantes en el programa de Organizaciones Visitantes ("Programa") en Campo Arroyo, Yo como Participante o, si el Participante es un menor, como padre/tutor legal del Participante estoy de acuerdo con lo siguiente:

Estoy familiarizado con el Programa, y todas mis preguntas acerca del Programa, incluyendo preguntas que conciernen a los detalles de actividades, las condiciones físicas y la ubicación del Programa han sido contestadas para mi satisfacción. Entiendo que la participación en el Programa crea un riesgo de lesión y expresamente reconozco y asumo el riesgo de dicha lesión en el Participante. El siguiente párrafo describe algunos de esos riesgos.

- El Programa involucra actividades al aire libre donde la exposición a riesgos del medio ambiente incluye hiedra venenosa, insectos, serpientes, depredadores, fuerzas impredecibles de la naturaleza como tormentas, temblores o terremotos e incendios. Entrar a áreas restringidas en la propiedad es prohibido y podría ser peligroso.
- El Programa puede requerir viajar fuera del campamento en autobús u otro vehículo para otras actividades cuyos componentes podrían o no incluir: artes y manualidades, natación, baloncesto, juego de petanca (Bocce Ball: juego italiano de Pelotas), deportes de campo, campo de retos (incluye pared con rocas, cable suspendido, campo de entrenamiento con cuerdas altas y bajas), montar a caballo, caminatas, paseo en bote y jardinería. Posibles lesiones incluyen, pero no están necesariamente limitadas a quemaduras de sol, deshidratación, derrames producidos por el sol, resbalones, caídas, ahogos y otras lesiones y condiciones ligeras o serias.
- Se requiere que todos los Participantes hagan una prueba de natación. Los Participantes que no pasen la prueba de natación serán permitidos solamente en la parte baja o superficial de la piscina y deberán usar el chaleco salvavidas. Si el tutor legal del Participante arriba mencionado no desea que el Participante use el chaleco salvavidas, entonces deberá indicarlo en el apartado correspondiente que aparece mas abajo*.

Estoy de acuerdo con que esta descripción de riesgos no está completa, y que riesgos no anticipados o desconocidos podrían resultar en pérdida de la propiedad, lesión o muerte. Entiendo que el carácter único de este Programa es servir a los Participantes que son medicamente frágiles y/o en alto riesgo. He enviado, para lo mejor de mi conocimiento, información completa del historial medico a la Organización arriba mencionada y declaro que el Participante está libre de condiciones médicas y físicas que podrían crear un indebido riesgo. Yo declaro que el Participante es totalmente capaz de participar en este Programa. Por lo tanto, Yo asumo y acepto total responsabilidad y asumo el riesgo de y por cualquier lesión, muerte, pérdida personal de la propiedad, y/o gastos que podrían resultar del involucramiento del Participante en este Programa, y además acepto indemnizar y eximir las Partes Liberadas, Instituto Pacífico de Liderazgo, Curso de Desafío y Aventura Fort Miley, Challenge Works, Concesionarios Urbanos, Servicio de Buses Durham, Transportes Black Tie, Reins in Motion (Riendas en Movimiento), Peggy James, Fundación Ecuestre SonRise y cada uno de sus agentes, empleados, directores, oficiales, contratistas, voluntarios, y todas las entidades asociadas con éste en la medida de la ley, de cualquiera y todos los daños, perdidas o responsabilidades que podrían resultar del involucramiento del Participante en este Programa.

Alergias por Alimentos y Notificación de Alergias, Reconocimiento, y Liberación de Responsabilidad

Un ambiente libre de factores que producen alergias, incluyendo, pero no limitados a alérgenos por alimentos, NO PUEDE ser garantizado en Campo Arroyo. Mientras esfuerzos razonables serán hechos para servir alimentos que no contienen alérgenos como un ingrediente, Campo Arroyo prepara alimentos en instalaciones que usa nueces, soya, trigo y otros alérgenos conocidos. Por lo tanto, las Partes Liberadas no pueden garantizar que cualquier producto alimenticio en particular está libre de todos los rastros de algún alérgeno, el consumo de un producto alimenticio no resultará en alguna forma de reacción alérgica, o que el Participante no entrará en contacto con algún alérgeno mientras se encuentre en Campo Arroyo y participando en el Programa. El abajo firmante reconoce y acepta que i) El/Ella está consciente de tales riesgos y que la participación en el Programa expondrá al Participante a alimentos, actividades y personas que puedan resultar en la exposición de alérgenos y lesión, y en ese sentido y asumiendo tales riesgos, el abajo firmante libera y descarga totalmente las Partes Liberadas de cualquiera y todas las obligaciones y/o responsabilidad para el Participante, el abajo firmante, o alguna tercera parte, por muerte y/o lesiones del Participante, y/o cualquier incidente directo, indirecto, punitivo, o algún daño que surja de o que esté relacionado con la participación del Participante en el Programa en Campo Arroyo y/o la exposición a alimentos alérgenos.

Participante/Padre/Tutor Legal (Iniciales) _____

PLI Curso de Desafío Aventura Fort Miley, Declaración de Acuerdos y Liberacion Legal

Esta Forma de Liberación de Responsabilidad cubre también la participación en el Curso de Aventura con Cuerdas ofrecido por PLI, Fort Miley. Yo entiendo que ciertos elementos de este programa son físicamente demandantes y que el Participante podría solamente participar en el Curso de Cuerdas si El/Ella está libre de condiciones médicas o físicas que podrían crear un riesgo indebido al Participante u otros participantes. El Participante está libre de tales condiciones y yo estoy consciente de que esas actividades implican un potencial de daño al Participante y su propiedad. En la medida que el Participante participa en tales actividades El/Ella lo hace voluntariamente y asume total responsabilidad por cualquier pérdida y/o inconveniencia resultante de la participación del Participante. Además acepto indemnizar y eximir las Partes Liberadas, PLI, Fort Miley, El Servicio de Parques Nacionales, la Fundación de la Universidad Estatal de San Francisco, y todos y cada uno de sus oficiales, directores, empleados y agentes, de todas y cada una de las responsabilidades incurridas como resultado de participación del Participante. También estoy de acuerdo con que esta Liberación de Responsabilidad debería servir como una completa liberación legal y suposición de riesgo para los herederos del Participante, ejecutores y administradores, y todos los miembros de la familia, incluyendo a todos los menores.

Lanzamiento Promocional/Fotos

Una de las mejores maneras de explicar nuestra misión para apoyar a los niños es a través de fotografías, trabajos artísticos y testimonios de los participantes en nuestro programa. Nosotros usamos éstos en folletos, boletines informativos, informe anual, red electrónica (sitio Web) y otros Medios externos incluyendo la televisión, periódicos, artículos en revistas y otros medios sociales incluyendo Facebook. Estoy de acuerdo que los videos, fotografías y testimonios de los Participantes u otros materiales creados por el Participante y enviados a TTFF, pasarán ser propiedad de y serán usados por TTFF a su discreción, para cualquier propósito de publicidad y mercadeo y Yo consiento y autorizo de manera irrevocable el uso de estos sin restricción.

Además, Yo renuncio al derecho de inspeccionar o aprobar el producto final, incluyendo copia escrita o electrónica, donde mi figura aparezca. Adicionalmente, Yo renuncio a cualquier derecho de compensación que surja o esté relacionado con el uso de la fotografía. Yo eximo y libero y por siempre exonero a TTFF de todos los reclamos, demandas y causas de acción en las cuales yo, mis herederos, representantes, ejecutores, administradores, o cualquier otra persona actuando en mi nombre o en nombre de mi propiedad, tenga o pueda tener por razón de esta autorización.

Si usted no proporciona autorización para fotografías o imagines de video del Participante o Participantes para ser usadas, usted deberá enviar una nota a nuestra oficina a camp@ttff.org con el nombre de su(s) Participante(s) y la fecha en que El/Ella estará en el Campamento. Esta información deberá ser proporcionada durante los primeros cinco días en que el Participante llegue al Campamento.

He leído esta información antes de firmar abajo y entiendo totalmente su contenido, significado y el impacto de la misma.

Al firmar abajo, usted entiende y acepta los términos y condiciones de este documento.

Firma del Padre/Tutor Legal_____ **Fecha:** _____

Por favor conteste Si o No a las siguientes preguntas en lo que se refiere a cada Participante:

Participante 1: Nombre (Encargado Principal) _____ _____ **Edad en la fecha de Participación** _____ ☐ **M** ☐ **F**

Apellido **Nombre**

☐ SI ☐ NO Si el Participante no pasa la prueba de natación, yo doy permiso para que nade en la parte baja/superficial de la piscina sin chaleco salvavidas. (Si marca NO, se le dará al Participante el chaleco salvavidas para que lo use y nade en la parte baja de la piscina).

☐ SI ☐ NO Doy permiso para que el Participante tome parte en el Curso de Desafío Aventura.

Participante 2: Nombre _____ _____ Edad en la fecha de Participación _____ ☐ M ☐ F
Apellido Nombre

☐ SI ☐ NO Si el Participante no pasa la prueba de natación, yo doy permiso para que nade en la parte baja/superficial de la piscina sin chaleco salvavidas. (Si marca NO, se le dará al Participante el chaleco salvavidas para que lo use y nade en la parte baja de la piscina).

☐ SI ☐ NO Doy permiso para que el Participante forme parte en el Curso de Desafío Aventura.

Participante 3: Nombre _____ _____ Edad en la fecha de Participación _____ ☐ M ☐ F
Apellido Nombre

☐ SI ☐ NO Si el Participante no pasa la prueba de natación, yo doy permiso para que nade en la parte baja/superficial de la piscina sin chaleco salvavidas. (Si marca NO, se le dará al Participante el chaleco salvavidas para que lo use y nade en la parte baja de la piscina).

☐ SI ☐ NO Doy permiso para que el Participante forme parte en el Curso de Desafío Aventura.

Participante 4: Nombre _____ _____ Edad en la fecha de Participación _____ ☐ M ☐ F
Apellido Nombre

☐ SI ☐ NO Si el Participante no pasa la prueba de natación, yo doy permiso para que nade en la parte baja/superficial de la piscina sin chaleco salvavidas. (Si marca NO, se le dará al Participante el chaleco salvavidas para que lo use y nade en la parte baja de la piscina).

☐ SI ☐ NO Doy permiso para que el Participante forme parte en el Curso de Desafío Aventura.

Participante 5: Nombre _____ _____ Edad en la fecha de Participación _____ ☐ M ☐ F
Apellido Nombre

☐ SI ☐ NO Si el Participante no pasa la prueba de natación, yo doy permiso para que nade en la parte baja/superficial de la piscina sin chaleco salvavidas. (Si marca NO, se le dará al Participante el chaleco salvavidas para que lo use y nade en la parte baja de la piscina).

☐ SI ☐ NO Doy permiso para que el Participante forme parte en el Curso de Desafío Aventura.