

DISTRITO UNIVERSITARIO DEL CONDADO DE EL PASO FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE ACTIVIDAD

(en adelante la "Actividad")

(en adelante, el "Participante")

Al firmar este formulario, represento a El Paso Community College (el "Colegio") que soy el padre o tutor del participante, que es menor de 18 años y que soy plenamente competente para firmar este Acuerdo. Entiendo que la Actividad puede exponer al Participante a riesgos o peligros que pueden resultar o causar de manera próxima la enfermedad, lesión personal o muerte del Participante. Además, entiendo que el Colegio no ha hecho ninguna representación o garantía con respecto a la competencia, capacitación o supervisión de cualquier operador de equipo usado en la Actividad o la calidad de la tecnología, equipo, herramientas o materiales usados para la Actividad. Con mi total comprensión y aprecio de la naturaleza de tales peligros y riesgos, doy permiso para que el Participante participe en la Actividad.

En consideración por la participación y los beneficios educativos para el Participante de la Actividad, por la presente acepto todos los riesgos para la salud, la vida y la propiedad del Participante que surjan de la Actividad o estén relacionados con ella. **Yo, junto con mi cónyuge, si lo hubiera, fiduciarios, agentes, representantes, herederos, albaceas, parientes más cercanos y cesionarios, por la presente libero y despido para siempre del Colegio, sus fideicomisarios, directores, administradores, funcionarios, empleados, agentes, y representantes, en sus capacidades individuales y oficiales, de todos y cada uno de los reclamos, demandas, daños, pérdidas, acciones, causas de acción o demandas por pérdida o daño a la propiedad del Participante y por todas y cada una de las enfermedades o lesiones del Participante, incluyendo sin limitación, su muerte, derivada o relacionada de alguna manera con la Actividad, YA SEA CAUSADA POR NEGLIGENCIA DEL COLEGIO, SUS FIDUCIARIOS, DECANOS, DIRECTORES, ADMINISTRADORES, FUNCIONARIOS, EMPLEADOS, AGENTES Y REPRESENTANTES, EN SUS CAPACIDADES INDIVIDUALES U OFICIALES.** Además, acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al Colegio, sus fideicomisarios, decanos, directores, administradores, funcionarios, empleados, agentes y representantes, en sus capacidades individuales y oficiales, de responsabilidad por lesiones o muerte de cualquier persona y Daños a la propiedad que puedan resultar de cualquier acto u omisión negligente o intencional del Participante que surja o esté relacionado de alguna manera con la Actividad.

Reconozco que nada en este documento constituye o se interpretará como una renuncia a la inmunidad del colegio frente a demandas y responsabilidades.

Fechado este ____ día de _____, 20____.

Firma del parent / tutor del participante

Nombre en letra de imprenta

Número de identificación del estudiante / participante