



# BRAZOS VALLEY MUSEUM of Natural History

## NATURALEZA CAMP RESPONSABILIDAD EXENCIÓN

Camper Nombre: \_\_\_\_\_ Camper Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de campo: \_\_\_\_\_

### 1. Contacto de Emergencia FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Relación con Camper \_\_\_\_\_

### 2. Información del Seguro Médico

Esta caravana está cubierta por médicos / hospitalarios seguro familiar. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Seguros Company \_\_\_\_\_

Política Number \_\_\_\_\_

### 3. Vacunas e Historia alérgicos

Fecha de la última antitetánica shot \_\_\_\_\_

Lista de medicamentos Allergies \_\_\_\_\_

Lista de alimentos Allergies \_\_\_\_\_

Otros problemas médicos o restrictions \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Sírvese proporcionar en el espacio siguiente cualquier información adicional acerca de la salud del campista que usted piensa importantes o que pueden afectar a la capacidad del campista de participar plenamente en el programa de campamento. (Adjunte información adicional si es necesario)

### 4. Campamento Pick-Up

Si alguien más va a recoger a su hijo de campamento, adjunte una nota o designar su nombre y la información a continuación.

### Autorización del padre / tutor para la atención médica:

Yo, nosotros, los padres / padres / tutores legales de la caravana por encima de, por y en consideración de la participación de mi hijo en un programa público bajo la supervisión del Brazos Valley MUSEO DE HISTORIA NATURAL, por el presente acuerdo y Prometo no llevar a cabo el Brazos Valley MUSEO DE HISTORIA NATURAL, ni sus empleados y otras personas que están ayudando, responsable de las pérdidas, daños o lesiones personales que nuestro hijo pueda recibir como resultado de dicha participación. Esta exoneración de responsabilidad incluye expresamente a cualquier actividad relacionada con o que ocurre durante cualquier sesión de campamento Brazos Valley Museum y la responsabilidad por las pérdidas, daños o lesiones personales que puede recibir tanto.

Entiendo que hay algunos riesgos inherentes a las actividades que se incluyen en la clase, sino voluntariamente asumir estos riesgos con el fin de participar. También me comprometo a instruir a mi hijo a seguir todas las instrucciones y procedimientos con el fin de mantener un nivel máximo de seguridad. Doy mi permiso para cualquier tratamiento de emergencia o tratamiento por un médico, cirujano, hospital o centro de atención médica que se requiera.

Firma del padre / Guardian \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_