

3. **Ustedes certifican que tienen un seguro de salud adecuado** para cubrir cualquier lesión o daño que el participante puede causar o sufrir mientras está participando o que ustedes están de acuerdo en asumir el costo de tal lesión o lastimadura de ustedes mismos. El participante no tiene condiciones médicas o físicas que pudieran interferir con su seguridad o la seguridad de otros en o durante la actividad. El participante asume y soporta todos los riesgos que se pueden crear directa o indirectamente por cualquier condición. El participante esta en buena forma física y no sabe de ninguna razón médica o de salud por la cual no debería formar parte de la actividad.
4. El participante debe seguir las instrucciones dadas y no tomar parte en ninguna actividad a menos que sea expresamente aprobada por el instructor.
5. El participante debe usar ropa adecuada y todo el equipo de seguridad requerido para cada evento, como arnés y protección para la cabeza. Todas las correas y elementos de fijación del equipo deben estar aseguradas.
6. Esta Registración, Liberación y Conocimiento de Riesgos, intenta ser tan amplia e inclusive tal y como lo permiten las leyes del Estado de Colorado, si alguna de las partes se considera invalida, el resto, no obstante continuara en plena fuerza y efecto.

¿Usted (o su menor participante/s) tiene algún problema médico del que deberíamos tener conocimiento?
 SI _____ NO _____ Si dijo que si, por favor explique:

RECONOZCO QUE HE LEIDO CUIDADOSAMENTE ESTA RENUNCIA Y LIBERACION Y ENTIENDO PERFECTAMENTE QUE ES UNA LIBERACION DE TODA RESPONSABILIDAD Y UNA RENUNCIA DE CUALQUIE DERECHO QUE PUEDA YO TENER CON RESPECTO A MI MISMO Y/O MI HIJO/PROTECTOR DE TRAER UNA ACCION LEGAL O INICIAR UNA DEMANDA POR DAÑO O PERDIDA DE CUALQUIER TIPO CONTRA_____. SI SE HACE CUALQUIER INTENTO DE RECLAMO, ENTIENDO QUE YO SERE RESPONSIBLE POR TODO EL COSTO QUE PUEDA INCURRIR POR LA DEFENSA _____.

HE TENIDO LA SUFICIENTE OPORTUNIDAD DE LEER LA PARTE DE ARRIBA, SE ME DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS, CONSIDERAR SUS EFECTOS, ENTIENDO EL DOCUMENTO COMPLETO Y ESTOY DE ACUERDO Y ACEPTO ESTAR SUJETO A SUS TERMINOS.

X _____
 FIRMA del Participante Fecha

SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE 18 AÑOS

He leído la parte de arriba, se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, considerar sus efectos, entender el contenido y estoy en nombre mío y mi hijo/protegido con los términos establecidos arriba. Además indemnizare a los Liberados contra cualquier daño incurrido como resultado de cualquier acción por ni hijo/protegido incluyendo los pagos y costos de abogado.

 Firma de los Padres/Tutor Legal Fecha

 Nombre del Niño Participante Fecha de Nacimiento

 Nombre del Niño Participante Fecha de Nacimiento