



**CONSENTIMIENTO DEL PADRE, EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL ESTUDIANTE, FAMILIA, Y PARTICIPANTE**

2327 L Street, Sacramento, CA 95816-5014(916) 440-1985 • FAX (916) 440-1986 • Email info@capta.org • www.capta.org

**Escriba el nombre de todos los miembros de la familia que puedan participar en cualquier evento patrocinado por la PTA para el año escolar [insertar período] (incluyendo los estudiantes, los hermanos y los padres):**  
2022-2023

1. \_\_\_\_\_  
Nombre del Participante Edad, si el niño es u menor
  
2. \_\_\_\_\_  
Nombre del Participante Edad, si el niño es u menor
  
3. \_\_\_\_\_  
Nombre del Participante Edad, si el niño es u menor
  
4. \_\_\_\_\_  
Nombre del Participante Edad, si el niño es u menor

El (los) padre (s) o tutor (es) suscrito (s) asume todos los riesgos relacionados con la participación de todas las personas mencionadas anteriormente en cualquiera y todas las actividades patrocinadas por la PTA.

Certifico y verifico que todas las personas mencionadas anteriormente son físicamente aptas y pueden participar en cualquier actividad patrocinada por la PTA. Además, estoy consciente de que es mi responsabilidad entender los riesgos inherentes asociados con las actividades patrocinadas por la PTA y comunicar esos riesgos a todas las personas mencionadas anteriormente.

Por la presente certifico que, según lo que yo sé y mi conocimiento, todas las personas mencionadas anteriormente gozan de buena salud. En el caso de que no se pueda contactar a mí, u otro padre/tutor, en una emergencia, por este medio doy permiso para asegurar el tratamiento adecuado para mí(s) hijo(s). Por el presente documento, doy mi consentimiento para cualquier radiografía, examen, anestesia, diagnóstico médico, quirúrgico o dental, o tratamiento y atención hospitalaria que se consideren necesarios según el mejor criterio del médico, cirujano o dentista, y se realicen por o bajo la supervisión del personal médico del hospital o centro que presta servicios médicos o dentales. Además, se entiende que el abajo firmante asumirá la plena responsabilidad de cualquier acción que se tome, incluyendo pagar por los costos.

Por la presente, / nosotros notificamos que el (los) menor (es) mencionado (s) arriba tiene las siguientes alergias, reacciones a medicamentos o condiciones físicas inusuales, las cuales deben de informar al médico que va a brindar la atención: (Si no hay ninguna, escriba la palabra "ninguna". Si es así, poner el primer nombre del niño y la alergia / condición.):

Yo/nosotros, como padre (s) o tutor (es) del (de los) menor (es), hacemos por este medio, para mi/s hijo/hijos, yo, mis herederos, ejecutores y administradores, renunciamos y para siempre eximimos de culpa o responsabilidad a la PTA del Estado de California, la PTA local y todos los funcionarios, directores, empleados, agentes y voluntarios de las organizaciones, actuando oficialmente o de otra manera, a todos los reclamos, demandas, acciones o causas de acción que de alguna manera que surjan a causa de la participación de cualquiera de las personas mencionadas anteriormente en cualquier actividad patrocinada por la PTA.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído cuidadosamente y entiendo completamente su contenido. Sé de qué se trata de una exención de responsabilidad y lo firmé por mi propia voluntad.

1. \_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián Escribir Nombre Fecha
  
2. \_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián Escribir Nombre Fecha

\_\_\_\_\_  
Domicilio Ciudad Estado Código Postal Número de Teléfono (incluir el Área)