

PROGRAMAS DE ALL NATIONS SPORTS ACADEMY LIBERACION DE RESPONSABILIDAD DE PARTICIPANTES MENORES DE EDAD

En vista de la autoridad que se me otorga por mi hijo menor de edad/bajo mi responsabilidad, _____ se le permita participar de cualquiera de los programas de All Nations Sports Academy ("ANSA"), y en eventos y actividades relacionados con los programas, Al firmar abajo, reconozco, aprecio y acepto que:

1. **Riesgos.** El riesgo de daño a mi hijo debido a las actividades involucradas en estos programas es significativo, incluyendo el potencial de incapacidad permanente o muerte, y mientras que las normas particulares, el equipo y la disciplina personal pueden reducir este riesgo, el riesgo de lesiones graves existe. PARA MÍ, CÓNYUGE E HIJO, YO, CON LIBRE CONOCIMIENTO ASUMO TODOS LOS RIESGOS, tanto conocidos y no conocidos, AUNQUE SEAN CAUSA DE LA NEGLIGENCIA DE LOS EXONERADOS u otros, Yo asumo plena responsabilidad de la participación de mi hijo.

2. **Disposición a Participar.** Estoy de acuerdo en cumplir con los términos establecidos y acostumbrados por el programa, las condiciones de participación y que mi hijo está en buena salud física para participar. Si observo alguna preocupación significativa e inusual en la disposición de mi hijo para la participación y/o del propio programa, me retirare de la participación y llamare la atención del funcionario más cercano inmediatamente.

3. **Exoneración.** Yo, por mí mismo, mi esposo, mi hijo, y en nombre de mi/nuestro herederos, beneficiario, representantes personales y de familiares, LIBERO A All Nations Sports Academy, sus oficiales, funcionarios, agentes y/o empleados, otros participantes, agencias patrocinadoras, patrocinadores, anunciantes, y, si corresponde, propietarios y arrendadores de los locales utilizados para llevar a cabo el evento ("Exonerados"), CON RESPECTO A ALGUNA O TODAS LAS LESIONES, INCAPACIDAD, MUERTE, o pérdida o daños a personas o bienes incidente a la participación de mi hijo o la participación en estos programas, DERIVADOS DE LA NEGLIGENCIA DE LOS EXONERADOS O DE OTRA MANERA, en la máxima medida permitida por la ley.

4. **Indemnizar y Acuerdo de declarar libre de responsabilidad sobre cualquier daño.** Yo, por mí mismo, mi esposo, mi hijo, y en nombre de mi/nuestro herederos, beneficiario, representantes personales y de familiares, CERTIFICO INDEMNIZAR Y LIBERAR DE RESPONSABILIDAD a todos los anteriormente exonerados de cualquiera y todas las responsabilidades incidentes a mi desempeño o en la participación en estos programas, INCLUSO SI PROVIENEN DE SU NEGLIGENCIA, en la mayor medida permitida por la ley.

5. **Permiso para ser fotografiado o grabado en video.** Yo, por mí mismo, mi esposo, mi hijo doy permiso a All Nations Sports Academy de fotografiar y grabar video de actividades que incluya mi hijo. Estas fotografías y video serán usadas solamente para promover los programas y eventos de ANSA en nuestro sitio de internet, redes sociales u otro medio de comunicación.

6. **Transporte.** Yo doy permiso a mi hijo de ser transportado por algún adulto de All Nations Sports Academy (padres, empleados y voluntarios).

7. **Pago por Daños y Perjuicios.** Me comprometo a nombre mío y de mi hijo de no dañar o destruir los campos de futbol, el quipo y sus instalaciones. En el caso de que el campo, equipo o instalaciones sean dañados o destruidos, me comprometo a pagar lo necesario y reparar el costo de los daños.

8.- **Cuidado Médico.** Doy mi consentimiento y autorización de administrar tratamientos de primeros auxilios por cualquier lesión menor o malestar que el menor experimente. Si la lesión o malestar es de vida o muerte o necesita ayuda de emergencia, Yo autorizo a un adulto designado a llamar a cualquier o todo personal profesional para atender, transportar y tratar al menor y dar su consentimiento de tomarle rayos-X, administrar anestesia, transfusión de sangre, medicamentos, algún otro diagnóstico médico, dar tratamiento, o cuidado hospitalario que estime conveniente, y cualquier atención que requiera la supervisión de algún medico certificado, dentista, cirujano, hospital, o cualquier otro profesional médico o institución certificada por el estado en el cual el menor será tratado. Yo asumo la responsabilidad de pagar por los gastos que este cuidado implique.

9. **Autorización para Firmar.** Certifico que soy mayor de 18 años o soy el padre/tutor legal de mi hijo por quien voluntariamente firmo esta Liberación de Responsabilidad y Acuerdo de Exoneración. Yo tengo autoridad para firmar en nombre de mi hijo.

HE LEIDO ESTE COMUNICADO DE RESPONSABILIDAD Y EI ACUERDO DE ASUNCIÓN DE RIESGO, ENTIENDO COMPLETAMENTE SUS TÉRMINOS, ENTIENDO QUE HE ENTREGADO DERECHOS SUSTANCIALES AL FIRMARLO, Y FIRMO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE SIN PRESIONES.

(Firma del padre o tutor legal)

(Nombre en letra de molde)

(Fecha de hoy)