



Liberación de Responsabilidad
Experiencia Universitaria para el Éxito Juvenil
Abril 4 - Abril 5, 2025

PARTICIPANTE: _____

Nombre Completo (letra clara)

El/la menor de edad por quien yo, _____ soy el tutor legal, tiene mi permiso de atender al programa **Experiencia Universitaria para el Éxito Juvenil** de CAMP en el colegio de **SUNY Oneonta** programado para **Abril 4 y Abril 5 del 2025**.

En caso de alguna emergencia, el personal del colegio SUNY Oneonta puede encontrarme en esta dirección _____ o por teléfono al _____ . También pueden contactar al otro padre/tutor cuyo nombre es _____ y su número de teléfono es _____ . Si no es posible contactarme, yo autorizo al colegio SUNY Oneonta a través de sus empleados o agentes a tomar a mi hijo/a a la facilidad médica más cercana con el propósito de recibir cuidado médico, con el entendimiento de que asumiré cualquiera y toda la responsabilidad por el pago de la misma. Mi compañía de seguro médico es _____ y el número de la póliza es _____. El/la participante tendrá con el/ella todas las medicinas e indicaciones para el tratamiento de la enfermedad.

En nombre mío y de mi hijo/a, yo, _____, libero al colegio SUNY Oneonta y sus oficiales, agentes, empleados, sucesores y representantes de cualquier y toda responsabilidad que surja de cualquier forma relacionada a este evento y no que surjan directamente de la negligencia del Colegio SUNY Oneonta y/o sus oficiales, agentes, empleados, sucesores y representantes.

Fecha

Firma