



Release of Liability

CAMP- Day Event for Migrant Students

Friday, October 18, 2024

MINOR PARTICIPANT _____

Name (Please Print)

A minor for whom I, _____ am the legal guardian has my permission to attend the Day Event for Migrant Students at SUNY College at Oneonta scheduled for October 18, 2024.

In case of emergency, SUNY College at Oneonta may reach me at the address of _____
_____ or by phone at _____ or other
parent/guardian whose name is _____ at
_____ phone _____. If that is
not possible, I authorize SUNY College at Oneonta through its employees or agents to take my son/daughter to the nearest medical facility for purposes of receiving medical care with the understanding I will assume any and all responsibility for payment of same. My Insurance Carrier is _____ and the policy number is _____. Participant has the following chronic illnesses or disorders
_____. Participant will have with them all necessary medications and directives for treating this illness or disorder.

On behalf of myself and my minor son/daughter, _____ I hereby release the SUNY College at Oneonta and its officers, agents, employees, successors, and assigns from any and all liability arising in any way related to this event and not arising directly from negligence of SUNY College at Oneonta and/or it's officers, agents, employees, successors and assigns.

Date

Signature of Parent or Guardian



Liberación de Responsabilidad
CAMP- Dia Para Estudiantes Migrantes
Viernes, Octubre 18, 2024

PARTICIPANTE MENOR _____

Nombre (Por favor escriba)

Un menor de edad por quien Yo, _____ soy el tutor legal, tiene mi permiso de atender al Programa Pase la Noche con CAMP en el Colegio SUNY de Oneonta programado para Octubre 18, 2024.

En caso de emergencia médica, el Colegio SUNY de Oneonta puede encontrarme en esta dirección _____ o por teléfono al _____ u otro padre/tutor cuyo nombre es _____ al teléfono _____. Si esto no es posible, Yo autorizo al Colegio SUNY de 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 Aseguradora es _____ y el número de la póliza es _____. Los participantes tendrán con ellos todas las medicinas e indicaciones para el tratamiento de la enfermedad o el trastorno.

En el nombre mío y en el de mi hijo/a, _____, Yo libero al Colegio SUNY de 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 de Oneonta y/o sus oficiales, agentes, empleados, sucesores y representantes.

Fecha

Firma