



## Committed Partners for Youth

### REQUIERE LA FIRMA DEL PADRE/ LA MADRE O EL TUTOR

Cada vez que el mentor y el joven salen del área de Eugene/ Springfield o participan en una actividad que puede ser más riesgoso (como la escalada en rocas, ir en balsa, etc.) es necesario que el padre/ la madre (o tutor) del joven completa el formulario de consentimiento y renuncia de responsabilidad. El formulario original tiene que estar entregado a la oficina de CPY antes de hacer la actividad, y el mentor debe guardar una copia del formulario consigo durante la actividad.

### Consentimiento y renuncia de responsabilidad

Consiento en la participación de \_\_\_\_\_ en la siguiente actividad, como parte de la participación de mi hijo/a en los programas de Committed Partners for Youth.

Actividad: \_\_\_\_\_  
Hora (aprox.) de Comenzar: \_\_\_\_\_ Cumplir: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Entiendo que la participación de mi hijo/a es voluntaria y que hay riesgos potenciales inherentes a algunas de estas actividades. También entiendo que el sitio de la actividad no asume la responsabilidad para cualquiera herida o accidente que pueda ocurrir, además de la que se extiende normalmente a los voluntarios, y como padre o tutor yo acepto la responsabilidad sobrante. Entiendo que Committed Partners for Youth provee el seguro secundario limitado para herida por accidente como resultado de la participación voluntaria en una actividad sólo cuando la actividad se hace directamente como parte de la participación de mi hijo/a en el programa de mentor de Committed Partners for Youth. Consiento a todas las condiciones susodichas.

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/ madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Información de emergencia médica:

Nombre de Padre/ Tutor \_\_\_\_\_ Tel # de hogar: \_\_\_\_\_ De trabajo: \_\_\_\_\_

La dirección del Padre/ Tutor: \_\_\_\_\_

Otra relación/ contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Tel #: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del joven: \_\_\_\_\_

Médico/a: \_\_\_\_\_ Tel #: \_\_\_\_\_

Proveedor/ Compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_

Otra información de salud: Por favor escriba cualquiera información importante sobre la salud de su hijo/a.

Incluya cualquier alergia, medicación o limitación física.

---

# Committed Partners for Youth

## FOR PARENTS AND/OR GUARDIANS TO SIGN

**Any time that you are leaving the Eugene/Springfield area or engaging in an activity that poses a higher risk potential (ie; rock climbing, tubing on the river, etc), you must have the parent or guardian complete the consent and waiver form. The original needs to be dropped off at the CPY office prior to your activity and you should keep a copy with you on your outing.**

### Parental/Guardian Consent and Liability Waiver

I consent to the participation of \_\_\_\_\_ in the following activity as part of my child's participation in Committed Partners for Youth.

Activity: \_\_\_\_\_

Time: (start) \_\_\_\_\_ (finish) \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

I understand that my child's participation is voluntary and that there may be risks inherent to participation in some of these activities. I also understand that the activity site assumes no liability for injuries or accidents beyond that which would normally be extended towards volunteers, and I as parent or guardian assume all other liability. I understand that Committed Partners for Youth provides limited secondary coverage for accidental injury as a result of voluntary participation in an activity only when that activity is done directly as a part of my child's participation in the Committed Partners for Youth mentoring program. I agree to all of the conditions set forth above.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

### Emergency Medical Information:

Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Address: \_\_\_\_\_

Additional Emergency Contact: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Youth D.O.B. \_\_\_\_\_

Physician: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Insurance Provider: \_\_\_\_\_

Other Health Information: Please list any health information which should be known by a supervisor or physician. Include allergies, current medications and physical limitations: