

**UNIVERSIDAD BROWN FORMULARIO DE PERMISO
DEL PADRE/TUTOR Y ACUERDO DE ASUNCIÓN DE
RIESGOS Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nombre del Participante: _____

Fecha de Nacimiento del Participante: _____

Nombre del Programa: _____

Lugar del Programa: _____

Fecha(s) del Programa: _____

Soy el padre, la madre o el tutor legal del participante arriba mencionado ("Participante") quien participará en el programa anteriormente señalado ("Programa") ofrecido por la Universidad Brown ("Brown"). Este Formulario de Permiso del Padre/Tutor y Acuerdo de Asunción de Riesgos y Exoneración de Responsabilidad ("el Acuerdo") confirma que entiendo y acepto lo siguiente:

1. Autorizo la participación del Participante en el Programa. Entiendo que el Programa se llevará a cabo en el lugar y en las fechas indicadas anteriormente. Reconozco que se me ha informado sobre la naturaleza del Programa y las actividades que estarán disponibles para los participantes del mismo.
2. Reconozco que el Participante participa en el Programa de forma voluntaria y que Brown puede poner fin al Programa y/o a la participación del Participante en el Programa en cualquier momento a su entera discreción. Entiendo que Brown no garantiza empleo, inscripción u otro beneficio futuro, ni de consideración favorable para empleo, inscripción o cualquier otro beneficio futuro como resultado de la participación en el Programa.
3. Entiendo que la participación en el Programa, incluyendo, entre otros, los viajes hacia y desde el Programa, puede exponer al Participante a ciertos riesgos, incluidos, entre otros, el riesgo de lesiones corporales y daños o pérdidas de bienes personales. He investigado por mi cuenta dichos riesgos, los entiendo y los asumo de manera consciente y voluntaria.
4. En consideración a que se permite al Participante participar en el Programa, en nombre propio, de mis herederos, albaceas y del Participante, libero, exonero, indemnizo y mantengo indemne a la Universidad Brown, incluyendo a la Corporación, sus Fiduciarios, Miembros, directivos, empleados, representantes y agentes, de y contra cualquier reclamo, pérdida, responsabilidad, costo y gasto, presente o futuro, por lesiones personales —incluyendo fallecimiento o discapacidad permanente—, daños materiales o cualquier otro tipo de daño que el Participante pudiera sufrir o por el cual el Participante o yo pudiéramos ser responsables frente a cualquier otra persona, en relación con la participación del Participante en el Programa.
5. Declaro que el Participante está física y mentalmente capacitado para participar en el Programa y que no tiene restricciones de salud conocidas que puedan poner en riesgo su salud o seguridad durante su participación. En caso de enfermedad o lesión, autorizo a Brown a coordinar atención médica de emergencia u otro tratamiento médico para el Participante según las circunstancias

existentes. Entiendo que el Participante no es elegible para utilizar los Servicios de Salud ni los Servicios de Consejería y Psicología de Brown mientras participe en el Programa.

- Entiendo que la participación del Participante en el Programa está sujeta a todas las políticas, normas y procedimientos aplicables de Brown y acepto que el Participante acatará todas esas políticas, normas y procedimientos. Asimismo, entiendo que el Participante podrá ser expulsado del Programa en caso de que no respete las políticas, normas y procedimientos de Brown.

Certifico que he leído y comprendido este Acuerdo. Entiendo y acepto que cualquier representación oral o escrita que no esté contenida en este Acuerdo no modificará su contenido. Acepto que este Acuerdo se regirá por las leyes del Estado de Rhode Island, excluyendo sus principios sobre conflictos de leyes, y que los tribunales estatales o federales del Estado de Rhode Island serán el foro para cualquier acción legal relacionada con este Acuerdo o que se derive de él.

Firma del Padre/Madre o Tutor Legal: _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde del: _____

Padre/Madre o Tutor Legal: _____

Número de contacto de emergencia: _____

FIRMA DEL PARTICIPANTE

Reconozco que debo cumplir con todas las políticas, normas y procedimientos de Brown y las estipuladas por el Programa, y que el incumplimiento de dichas políticas, reglas y procedimientos puede resultar en la terminación inmediata de mi participación en el Programa.

Firma del Participante: _____ Fecha _____