

Yo \_\_\_\_\_, por medio de mi firma, con total conocimiento y de manera voluntaria autorizo a mi hijo (a), \_\_\_\_\_, a participar de la *Visita de Casa Abierta de la División de Ciencias de la Universidad de Brandeis: Brandeis Division of Science Field Trip*.

Como condición para la participación de mi hijo (a) en la actividad, a mi nombre, el de mi hijo (a), albaceas, herederos, administradores y cesionarios, exonero permanentemente a la Universidad de Brandeis, sus directivos, oficiales, empleados, agentes y agrupaciones estudiantiles, de cualquier queja o acusación a surgir a causa de la participación de mi hijo durante la *Visita de Casa Abierta de la División de Ciencias de la Universidad de Brandeis: Brandeis Division of Science Field Trip*. Adicionalmente, acepto indemnizar y exonerar permanentemente a la Universidad de Brandeis respecto a reclamos contra mi hijo (a) realizados por cualquier persona o entidad en conexión, a favor o en contra de Brandeis, a causa de actos u omisiones de parte de mi hijo durante la actividad en cuestión.

Por este medio acepto e informo que he leído y comprendo lo antes estipulado y que cumplo con la edad legal en mi estado de residencia para acogerme a este acuerdo de exención. Este instrumento es una orden ejecutiva y se rige a partir de las leyes del estado de Massachusetts.

De estar de acuerdo con los siguientes puntos escriba su inicial en el blanco:

\_\_\_ Yo, cedo el derecho a la Universidad de Brandeis a tomar fotos de mi hijo (a) relacionadas a la actividad en cuestión. Además, autorizo a la Universidad de Brandeis a utilizar y publicar dichas fotos, de manera impresa y/o electrónica para propósitos del programa y su página electrónica.

\_\_\_ Yo, acepto que mi hijo (a) consuma alimentos ofrecidos por el programa.

\_\_\_ Yo, acepto que mi hijo (a) reciba atención médica de parte del servicio de emergencias de la Universidad de Brandeis en caso de ser necesario.

Favor de indicar cualquier condición médica y/o alergias de las cuales su hijo (a) padezca y que considere necesario que conozcamos:

---

¿Su hijo (a) posee un marcapasos u otro implante médico de tipo ferromagnético?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

Edad del estudiante: \_\_\_\_\_

Grado que cursa el estudiante: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia: (Utilice letra de molde)**

Nombre del padre o encargado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

En caso de no poder contactar al padre o encargado, informe otra persona a contactar:

Nombre: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o encargado

\_\_\_\_\_  
Fecha