

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