North Clackamas School District
Volunteer Liability Release Form

Nombre del voluntario: _____

Teléfono de la Casa: _____ Dirección: _____

Nombre/número de teléfono del contacto de emergencia: _____
_____

Actividad: _____

Descripción de la actividad: _____

_____

Mi participación en la actividad es voluntaria. Entiendo que ser voluntario con el Distrito significa que no se espera ninguna compensación a cambio de los servicios que brindo, y el Distrito no proporcionará ningún beneficio típicamente asociado con el empleo. Además, reconozco que soy responsable de mi propia cobertura de seguro en caso de enfermedad o lesión personal como resultado de mi voluntariado con el Distrito.

Entiendo que mi voluntariado con el Distrito puede involucrar actividades que podrían ser peligrosas para mí, incluidas aquellas que pueden exponerme a enfermedades transmisibles. Entiendo completamente y aprecio estos riesgos que son inherentes a mi voluntariado. Asumo el riesgo de toda lesión corporal, tratamiento médico, enfermedad y/o muerte que pueda resultar de mi voluntariado para el Distrito, incluso si resulta de la negligencia del Distrito o de sus empleados o agentes.

Por la presente libero, renúncio, exonero y acepto indemnizar y mantener indemne al Distrito, su Mesa Directiva, los miembros individuales de la misma y todos los funcionarios, agentes, empleados y representantes de cualquier y toda responsabilidad, causas de acción, reclamos. , demandas, daños, gastos y compensación, incluidos los honorarios de abogados, multas u otros costos que surjan de lesiones de cualquier tipo para mí o para mi propiedad, o pérdidas de cualquier tipo, incluidas enfermedades o lesiones por una enfermedad contagiosa, que pueda resultar o tener alguna conexión con mi voluntariado. Doy esta liberación en la mayor medida de la ley, para mí y mis herederos, administradores, albaceas, sucesores y/o cesionarios. **Además, certifico y declaro que tengo la autoridad legal para celebrar este Acuerdo.**

En caso de que requiera tratamiento médico de emergencia mientras participo en la Actividad, autorizo al Distrito y sus agentes a obtener la ayuda de un proveedor de servicios médicos y a incurrir en los gastos de servicios médicos recomendados por el proveedor de servicios médicos. Estoy de acuerdo en proveer para el pago de estos gastos.

Este Acuerdo pretende ser tan amplio e inclusivo como lo permita la ley. Si alguna disposición o parte de cualquier disposición de este Acuerdo se considera inválida o legalmente inaplicable por cualquier motivo, el resto de este Acuerdo no se verá afectado por ello y seguirá siendo válido y plenamente aplicable.

Certifico que he leído este documento y entiendo completamente su contenido. He leído este documento en su totalidad y asumo libre y voluntariamente todos los riesgos de tales peligros y, no obstante, aceptó participar en esta actividad.

Firma del Voluntario: _____ Fecha: _____