



## Pedal Power: “Conductor de Bicicleta!”



El formulario debe de ser completado y firmado por **PADRE/TUTOR LEGAL**

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

Sexo: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Alergias o medicinas: \_\_\_\_\_  
(Si el estudiante tiene un inhalador de asma, debe traerlo a cada clase para poder montar en bicicleta)

Limitaciones físicas: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Nombre del padre/tutor legal:** \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia:** Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el participante: \_\_\_\_\_

Lengua principal: Inglés \_\_\_\_\_ Español \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

Proveedor de Seguro Médico \_\_\_\_\_ (Si no tiene seguro, deje en blanco)

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Número de Identificación: ID#: \_\_\_\_\_

### **IMPORTANTE:**

**Todos los participantes deben usar un casco.**

**Los participantes deben tener 10 años o más para ir en bicicleta por las calles.**

**SBBIKE, 506 E. Haley St, Santa Barbara, CA 93103**

[www.sbbike.org](http://www.sbbike.org)      [www.facebook.com/sbbikes](http://www.facebook.com/sbbikes)

## **LIBERACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE VIDEOS Y FOTOS**

Yo entiendo que los profesores (o voluntarios profesionales) puede tomar fotos y videos de mi hijo durante el programa. A veces, los fotógrafos y camarógrafos de los medios de comunicación también puede tomar imágenes de mi hijo. Estoy de acuerdo en que las fotografías de mi hijo, incluyendo videos, pueden ser utilizados gratuitamente por SBBIKE/Bici Centro, productores, patrocinadores, organizadores para dar a conocer el programa en la página web, en los medios de comunicación, en nuestro boletín de noticias y en otros materiales que muestran el éxito del programa. SI NO (circule su respuesta)

## **AUTORIZACIÓN PARA TRATAR A UN MENOR**

Yo, el padre o tutor legal, por la presente doy permiso al médico o al hospital, seleccionados por el portador de esta carta, a fin de ordenar rayos X, pruebas de rutina y tratamiento para la salud de mi hijo en el caso de que no se puede haber contactado en el caso de una emergencia. Además, doy mi permiso para que el médico o el hospital elegido por el portador de esta carta, hospitalize, asegurar el tratamiento apropiado y para ordenar inyecciones y/o anestesia y / o cirugía para mi hijo, en caso de que no pueda haber sido contactado en caso de una emergencia médica. Entiendo que todos los esfuerzos serán hechos para contactarme antes de rendir el tratamiento a mi hijo. Además, entiendo que mi hijo va a participar en actividades intrínsecamente peligrosas y estoy de acuerdo en pagar los gastos médico de mi hijo/a.

## **LIBERACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD: SE REQUIERE EL CASCO.**

Entiendo que las clases se reunirán después de la escuela y la asistencia es **obligatoria para todas las clases**. Soy consciente del riesgo de caminar y montar en bicicleta fuera del campus de la escuela y al participar en este evento voluntariamente asumo ese riesgo. Teniendo en cuenta que se me permita participar en este evento: 1. Yo libero a mí, mis herederos y representantes personales, la League of American Bicyclists, Inc, y los respectivos directores SBBIKE, funcionarios, voluntarios, instructores y personal (indemnizantes) de cualquier reclamo, responsabilidad, demanda, acción, y causa de acción alguna (colectivamente, "Reclamación") que surja de o esté relacionada con cualquier pérdida, daño o perjuicio (colectivamente, "Pérdida"), para mí, o de o a mi propiedad, que pueda sufrir en relación con, o que surjan de, este evento, 2. Si es menor de edad el solicitante registrado, yo (como padre o tutor legal) me comprometo a indemnizar y mantener indemne a cada uno de indemnizaciones ante cualquier reclamación por cualquier pérdida que dicho menor pueda sufrir en relación con o que surjan de este evento, y en contra de los gastos legales, o de otro tipo, efectuados por cualquier indemnización en relación con la defensa de cualquier reclamo por o en nombre de dicho menor por dicha pérdida, 3. Doy mi consentimiento para el tratamiento médico de emergencia para mi hijo si él / ella está lesionado, 4. Voy a dar instrucciones a mi hijo para que obedezca las leyes de tránsito y la seguridad en la práctica el ciclismo, y 5. Voy a dar instrucciones a mi hijo para usar un casco aprobado por la CPSC en todas las actividades en bicicleta en este evento.

He leído, entiendo y apruebo **HORARIO DEL PROGRAMA, la AUTORIZACIÓN DE VIDEOS Y FOTOS, AUTORIZACIÓN PARA TRATAR A UN MENOR DE EDAD Y LIBERACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Recordatorio:** Los servicios de reparación de bicicletas y paseos de grupo pueden ser actividades peligrosas y no hay tolerancia para el mal comportamiento en el programa. Si el estudiante debe perder una clase por necesidad, el o ella deben hablar con su instructor de antemano.

**Nota:** Este formulario de autorización debe estar con los líderes de la salida en bicicleta en todo momento.

**Contacto:** Christine: [edu@sbbike.org](mailto:edu@sbbike.org) o 805 699 6301