

Anderson Valley Community Service District Recreation Department  
ASSUMPTION OF RISK/MEDICAL CONSENT FORM

Event Activity: \_\_\_\_\_

Participant's Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

**Assumption of Risk:**

As consideration for being permitted by the Anderson Valley Recreation Department and the Anderson Valley Community Services District, hereinafter collectively referred to as "Sponsors and/or Promoters", to participate in the event, I agree that I, my assignees, heirs, distributees, guardians, and legal representatives will not make a claim against, sue or attach the property of the Sponsors/Promoters for any and all injuries or damage arising from my participation in the event and resulting from the negligence or other acts, however caused, of any employee, agent or contractor of the Sponsors/Promoters. I hereby release the Sponsors/Promoters from all actions, claims or demands that I, my assignees, heirs, distributees, guardians and legal representatives now have or may hereafter have of injury in damage resulting from my participation in event/class.

I am aware that participation in the event/class may be strenuous and potentially dangerous activity. I have knowledge of the risk involved and hereby agree to accept and all risks of injury or death. I represent and certify that I am physically fit and have sufficiently trained for competition or participation in this event.

**Parental Consent:**

I give my consent for my child \_\_\_\_\_ to participate in the above activity and I release the above liability release on his/her behalf.

**Consent for Medical Treatment:**

I hereby give my consent to have my child treated by a physician or surgeon in case of sudden illness or injury while participating in the above activity. It is understood that the Anderson Valley Recreation Committee and the Anderson Valley Community Services District provide no medical insurance for such treatment and that the cost thereof will be at my expense. If a personal physician is listed below every effort will be made to contact such physician. However, the location of the activity or the nature of the illness or injury may require the use of emergency medical personnel.

\_\_\_\_\_  
Name of Physician

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
Phone Number

\_\_\_\_\_ (Initial) I DO NOT give my consent to treat and request that medical or surgical services be withheld.

**Assumption of Financial responsibility:**

I hereby agree that I will be financially responsible for any property or personal damage incurred, either purposefully or accidentally by my child or myself while participation in the above stated Anderson Valley Recreation Department/Anderson Valley Community Services District sponsored activity.

I HAVE CAREFULLY READ THIS AGREEMENT AND FULLY UNDERSTAND ITS CONTENTS. I AM AWARE THAT THIS IS A RELEASE OF LIABILITY, ASSUMPTION OF RISK, CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT AND ASSUMPTION OF FINANCIAL RESPONSIBILITY AND CONTRACT BETWEEN THE SPONSORS/PROMOTERS AND ME, AND I SIGN IT OF MY OWN FREE WILL.

\_\_\_\_\_  
Signature of Participant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian of Participant  
If the participant is under 18 years of age.

\_\_\_\_\_  
Date

Departamento Recreativo de Anderson Valley de Los Servicios Comunitarios del Distrito de Anderson Valley  
FORMA DE CONSENTIMIENTO DE SUPOSICIÓN DE RIESGO

Actividad o Evento \_\_\_\_\_  
Nombre del Participante \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Suposición de Riesgo:

Como consideración de ser permitido por el Comité Recreativo de Anderson Valley y Los Servicios Comunitarios del Distrito de Anderson Valley en lo cual esta clase/evento es presentado, referido como "Patrocinadores y/o Promotores" para participar en este evento, estoy de acuerdo que yo, mis cesionarios, herederos, guardianes, y representantes legales no haremos ninguna demanda, demande o fijación a la propiedad de los patrocinadores/promotores por cualquier daño resultando de mi participación en el evento y con el resultado de negligencia u otras obras, como hayan causado, de cualquier empleado, agente, o contratista de los patrocinadores/promotores. Yo aquí presento libre a los patrocinadores/promotores de todas las acciones, demandas que yo, mis cesionarios, herederos, guardianes, y representantes legales tengamos una lesión en daño resultando de participar en el evento/clase.

Se que al participar en el evento/clase puede ser una actividad vigorosa y peligrosa, tengo el conocimiento del riesgo involucrado y estoy de acuerdo en aceptar cualquier riesgo de daño o muerte. Represento y certifico que estoy físicamente bien y estoy entrenado para la competición o participación en este evento.

Consentimiento Paterno:

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a \_\_\_\_\_ participe en la actividad de arriba y libro a los de arriba de su parte.

Consentimiento para Tratamiento Medical:

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a sea tratado por un doctor o cirujano en caso de enfermedad repentina o daño mientras participa en la actividad de arriba. Entiendo que el Comité Recreativo de Anderson Valley y Los Servicios Comunitarios del Distrito de Anderson Valley no proveen seguro medico para el tratamiento y que el costo será mío. Si un doctor está apuntado abajo se hará todo lo posible para contactarlo. Aunque si no se puede, el lugar de la actividad o causa de la enfermedad podría requerir el uso del personal de emergencia.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Doctor

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_ [Iniciales] NO DOY mi consentimiento de tratar y pido que los servicios médicos y quirúrgicos sean detenidos.

Suposición de Responsabilidad Financiera:

Estoy de acuerdo en ser responsable por cualquier daño de propiedad o personal causado a propósito o accidentalmente por mi hijo o a mi mientras participaba en la actividad mencionada arriba patrocinada por el Comité Recreativo de Anderson Valley/Servicios del Distrito de Anderson Valley.

HE LEIDO CUIDADOSAMENTE ESTE ACUERDO Y COMPRENDO COMPLETAMENTE SU CONTENIDO. SE QUE ESTO ES UNA LIBERACIÓN DE DEFECTO, SUPOSICIÓN DE RIESGO, CONSENTIMIENTO DE TRATO MEDICAL Y SUPOSICIÓN DE RESPONSABILIDAD Y CONTRATO ENTRE YO Y LOS PATROCINADORES/PROMOTORES, Y FIRMO POR MI PROPIA VOLUNTAD.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián del Participante  
si el Participante es menor de 18 años.

\_\_\_\_\_  
Fecha