CENTRO ESPERANZA
HIJAS DE LA CARIDAD LOIZA, P.R.

EXCEPTIONAL COMMUNITY LEADERS PROGRAM

son de esperanza
INSPIRADO EN LA BOMBA

Relevo de Responsabilidad

GRUPAL - MENORES 18

Los padres, madres o encargados legales que firman este documento certifican que los/as menores bajo su custodia participan de forma voluntaria en las actividades de Son de Esperanza del Centro Esperanza, Inc., y aceptan los términos y condiciones aquí establecidos.

1. He sido informado, reconozco y autorizo al menor a participar en las actividades realizadas por **Centro Esperanza, Inc**, bajo **Son de Esperanza**.
2. Que el menor de edad que represento aquí pueda participar en las actividades de capacitación y educación, viajes de estudio y recorridos organizados por **Centro Esperanza, Inc**. en la comunidad de Colobó del pueblo de Loíza, así como en cualquier otro lugar donde se realicen actividades, reuniones o servicios turísticos.
3. Reconozco, certifico y acepto que las actividades en las que participará el menor con **Centro Esperanza, Inc**. y/o colaboradores pueden requerir actividad física que va desde fácil a moderada. He sido debidamente informado sobre los requisitos, la vestimenta adecuada para participar en esta actividad, y las condiciones ambientales y el equipo al que puede estar expuesto el menor. Confirmo que comprendo los requisitos y condiciones necesarias y afirmo mi autorización para que el menor participe en la actividad.
4. Reconozco, certifico y acepto que, como en cualquier actividad, en la práctica y en la participación, pueden ocurrir accidentes que causen algún tipo de daño físico o lesión al participante por causas naturales o como consecuencia de las acciones de otras personas.
5. Reconozco, certifico y acepto que el menor tiene la condición emocional y la capacidad física requerida para realizar todas las actividades requeridas: exposición al sol, lluvia, distancias de caminata en terrenos irregulares u otros elementos relacionados con las actividades realizadas en la naturaleza o en las instalaciones de **Centro Esperanza, Inc.** y/o sus colaboradores.
6. Me comprometo a revisar, promover y asegurar que el menor cumpla con las normas de seguridad, normas de conducta y sana convivencia debidamente explicadas por el personal a cargo.
7. Reconozco y acepto que seré responsable de cualquier acto de agresión o cualquier ofensa tipificada que el menor cometa contra los directores, codirectores, profesionales, empleados, voluntarios, propiedades, colaboradores, instalaciones y/o cualquier entidad que apoye, esté afiliada o aliada con **Centro Esperanza, Inc.**
8. Libero para siempre y libero de responsabilidad **a Centro Esperanza, Inc**., sus Directores Ejecutivos, los miembros de la Junta Directiva y todos sus empleados, facilitadores, funcionarios y voluntarios de cualquier daño o perjuicio directo o indirecto que yo o el menor que represento aquí podamos sufrir mientras participo en las actividades, reuniones, talleres o cualquier otra actividad. Esta liberación incluye el período de espera para que la actividad comience o finalice, así como durante el viaje hacia o desde la actividad. Esta liberación se aplica al resultado de cualquier acto u omisión, ya sea mío, del menor al que represento o de cualquier miembro de mi familia o compañero.

9. Pagaré y/o reembolsaré cualquier gasto, factura, sentencia, resolución u orden emitida por cualquier tribunal contra Centro Esperanza, Inc. como resultado de cualquier acto u omisión por mi parte o por parte del menor que represento, y también pagaré cualquier costo relacionado con reparaciones, reemplazo de equipo o materiales, o mejoras que puedan ser requeridas debido a las acciones u omisiones mías o del menor que represento.
10. Autorizo a los representantes del **Centro Esperanza, Inc**., a sus equipos, agentes o cualquier funcionario a que gestione cualquier servicio médico de urgencia que sea requerido por una situación de emergencia en la que el menor este en peligro, sin que esto represente pago alguno por los costos de servicio médico por parte de Centro Esperanza, Inc. Pagar y/o reembolsar cualquier gasto o factura por gestiones médicas será mi responsabilidad.
11. En el encasillado junto al nombre del menor, especifico si autorizo a **Centro Esperanza, Inc.** A utilizar, por tiempo indefinido, su imagen captada durante las actividades realizadas. Esto incluye fotos, videos o cualquier material audiovisual, que podrá ser empleado en materiales promocionales, campañas de recaudación de fondos o cualquier comunicación institucional de Centro Esperanza, Inc.
12. Renuncio a cualquier derecho, reclamo o interés que pueda tener para controlar el uso de la identidad del menor; Entiendo y acepto que no recibiré remuneración financiera o de otro tipo por el material audiovisual publicado en los medios de comunicación que **Centro Esperanza, Inc**. decida utilizar mi imagen, una o varias veces como se describe anteriormente y según lo consideren necesario.

P.O. Box 482 Loíza, P.R. 00772 / Tel. / Fax: (787) 876 - 3389
cesperanzaloiza@yahoo.com / www.centroesperanzaloiza.org

Edad	Nombre del Menor	AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN SI/NO	Nombre del Padre/Madre/ Tutor	Firma del Padre/Madre/ Tutor

Fecha de la visita: _____

Nombre del grupo o institución: _____

Nombre del operador de tour (si aplica): _____

Lugar de procedencia: _____

Nombre de la persona a cargo: _____

Teléfono de contacto de la persona a cargo: _____

Firma de la persona a cargo: _____

P.O. Box 482 Loíza, P.R. 00772 / Tel. / Fax: (787) 876 - 3389
cesperanzaloiza@yahoo.com / www.centroesperanzaloiza.org