

**Eastern Kentucky University**

**Waiver of Liability, Assumption of Risk, and Indemnity Agreement**

THIS IS A LEGALLY BINDING RELEASE, WAIVER, INDEMNIFICATION OF LIABILITY, AND EXPRESS ASSUMPTION OF RISK. Please read it carefully, fill in all blanks and **initial each paragraph** before signing.

\_\_\_\_ I, \_\_\_\_\_, hereby affirm that I have read this document in its entirety. By my signature below and by my **initialing each paragraph**, I agree to each and every term and condition of this document.

\_\_\_\_ I UNDERSTAND THAT PARTICIPATION IN **2017 Southeastern Kentucky Migrant Education Summer Academy** (hereafter referred to as "Event"), which involves

<b>EKU Challenge Course:</b>	<b>Teamwork, Communication &amp; Confidence Workshop</b>	<b>EKU Campus</b>
<b>Galaxy Bowling:</b>	<b>Recreational &amp; Social Event</b>	<b>Richmond, KY</b>
<b>Jr. Achievement – Financial Park:</b>	<b>Educational Field Trip</b>	<b>Lexington, KY</b>
<b>Health Careers</b>	<b>College &amp; Career Readiness (Medical)</b>	<b>EKU Campus</b>
<b>Recreation</b>	<b>Physical activities (soccer, running, etc.)</b>	<b>EKU Campus</b>

CARRIES WITH IT CERTAIN INHERENT RISKS AND DANGERS. THESE RISKS INCLUDE, BUT ARE NOT LIMITED TO: PERSONAL DAMAGE, INJURY, PARALYSIS, LOSS, DEATH, OR PROPERTY DAMAGE OR LOSS. I understand that these risks are described by way of example only, and that there are numerous other risks inherent in this activity to which I may be exposed. In the event of possible injury, I give permission for EKU to authorize the administration of medical care.

\_\_\_\_ IN CONSIDERATION OF BEING PERMITTED TO PARTICIPATE IN ANY WAY IN the events listed above in Richmond, KY and Lexington, KY, June 26-30, 2017 on behalf of my myself and anyone claiming interest through me, DO HEREBY INTENTIONALLY, KNOWINGLY, AND VOLUNTARILY RELEASE, WAIVE, DISCHARGE, INDEMNIFY, AND AGREE TO HOLD HARMLESS EASTERN KENTUCKY UNIVERSITY, and all its employees, regents, and volunteers FROM ANY AND ALL CLAIMS, ACTIONS, SUITS, PROCEDURES, COSTS, EXPENSES, DAMAGES, AND LIABILITIES brought as a result of my involvement in this event, whether such damage, injury, or loss results from NEGLIGENCE or some other cause, and to reimburse them for any such expenses incurred.

\_\_\_\_ I understand that the University in no way represents, or acts as an agent for, any third party trip organizer, the transportation carriers, hotels, and other suppliers of service during this event. I understand and agree that the University is not responsible for losses or expenses due to sickness, weather, strikes, hostilities, wars, natural disasters, or other such causes or disruptions. Further, the University is not responsible for any disruption of travel arrangements, or any consequent additional expenses that may be incurred therefrom.

**If event is off-campus, check one of the following concerning transportation:**

\_\_\_\_ My child has permission to travel with the University's Group. I fully understand and appreciate the dangers, hazards, and risks inherent in the transportation to, from, and during this event, which dangers include, but are not limited to serious or even mortal injuries and property damage.

\_\_\_\_ My child does not have permission to use the University provided transportation.

\_\_\_\_ I HEREBY ASSERT THAT MY CHILD'S PARTICIPATION IS VOLUNTARY AND THAT I KNOWINGLY ASSUME ALL SUCH RISKS. I understand that I signed this document as my own free act and deed; no oral representations, statements, or inducements, apart from the foregoing written statement, have been made.

\_\_\_\_ I further agree that this document will be interpreted in accordance with the laws of the Commonwealth of Kentucky. If any term or provision of this document shall be held illegal, unenforceable, or in conflict with any law governing this document, the validity of the remaining portions shall not be affected.

**Student Information**

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_ E-mail Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian's Signature /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
Print name



# Eastern Kentucky University

## Renuncia voluntaria de Responsabilidad, Asunción de Riesgo, y Acuerdo de Indemnidad

ESTE ES UNA LIBERACIÓN LEGAL, RENUNCIA VOLUNTARIA, LA INDEMNIZACIÓN DE RESPONSABILIDAD, Y ASUNCIÓN EXPRESA DEL RIESGO.

Por favor léalo con cuidado, rellene todos los impresos y escriba sus iniciales en cada párrafo antes de la firma.

Yo, \_\_\_\_\_, por este medio afirmo que he leído este documento en su totalidad. Por mi firma abajo y por el que firmo con las iniciales en cada párrafo, estoy de acuerdo con todo y cada término y condición de este documento.

ENTIENDO QUE EN LA PARTICIPACIÓN en la **Academia de Verano de Educación migrante del Sudeste de Kentucky 2017** (a continuación referido como "Acontecimiento"), que implica

<b>EKU Challenge Course:</b>	<b>Teamwork, Communication &amp; Confidence Workshop</b>	<b>EKU Campus</b>
<b>Galaxy Bowling:</b>	<b>Recreational &amp; Social Event</b>	<b>Richmond, KY</b>
<b>Jr. Achievement – Financial Park:</b>	<b>Educational Field Trip</b>	<b>Louisville, KY</b>
<b>Health Careers</b>	<b>College &amp; Career Readiness (Medical)</b>	<b>EKU Campus</b>
<b>Recreation</b>	<b>Physical activities (soccer, running, etc.)</b>	<b>EKU Campus</b>

LLEVA CON ELLO CIERTOS RIESGOS INHERENTES Y PELIGROS. ESTOS RIESGOS INCLUYEN, PERO NO SON LIMITADOS con: DAÑO PERSONAL, HERIDA, PARÁLISIS, PÉRDIDA, MUERTE, O DAÑO A LA PROPIEDAD O PÉRDIDA. Entiendo que estos riesgos son descritos por vía del ejemplo sólo, y que hay numerosos otros riesgos inherentes en esta actividad a la cual puedo ser expuesto. En caso de la herida posible, doy el permiso para EKU para autorizar la administración de asistencia médica.

EN CONSIDERACIÓN A SER PERMITIDO PARTICIPAR DE CUALQUIER MODO EN los acontecimientos puestos arriba mencionados en Richmond, KY y Lexington, KY, el 26-30 de junio de 2017 de parte mí y alguien reclamando el interés por mí, HACEN POR ESTE MEDIO INTENCIONADAMENTE, A SABIENDAS, Y VOLUNTARIAMENTE LIBERAN, RENUNCIAN, DESCARGAN, INDEMNIZAN, Y CONSIENTEN EN SOSTENER UNIVERSIDAD DE KENTUCKY DEL ESTE INOCUA, y todos sus empleados, regentes, y voluntarios de ALGUNO Y TODAS LAS RECLAMACIONES, ACCIONES, PLEITOS, PROCEDIMIENTOS, GASTOS, GASTOS, DAÑOS, Y RESPONSABILIDADES traídas a consecuencia de mi participación en este acontecimiento, si tal daño, herida, o pérdida resultan de la NEGLIGENCIA o alguna otra causa, y reembolsarlos por algún tal gasto incurrido.

Entiendo que la Universidad de ninguna manera representa, o actúa como un agente para, cualquier organizador de viaje de tercero, los portadores de transporte, hoteles, y otros proveedores del servicio durante este acontecimiento. Entiendo y estoy de acuerdo que la Universidad no es responsable de pérdidas o gastos debidos a enfermedad, tiempo, huelgas, hostilidades, guerras, desastres naturales, u otras tales causas o interrupciones. Adelante, la Universidad no es responsable de ninguna interrupción de arreglos de viajes, o ningún gasto adicional consiguiente en que pueden incurrir de allí. Si el acontecimiento es fuera de campus, compruebe uno de lo siguiente acerca del transporte:

\_\_\_\_ Mi niño tiene el permiso de viajar con el Grupo de la Universidad. Totalmente entiendo y aprecio los peligros, riesgos, y riesgos inherentes en el transporte a, de, y durante este acontecimiento, que los peligros incluyen, pero no son limitados con heridas serias o hasta mortales y daño a la propiedad.

\_\_\_\_ Mi niño no tiene el permiso de usar el transporte proporcionado de la Universidad.

POR ESTE MEDIO AFIRMO QUE LA PARTICIPACIÓN DE MI NIÑO ES VOLUNTARIA Y QUE A SABIENDAS ASUMO TODOS TALES RIESGOS. Entiendo que firmé este documento como mi propio acto libre y hecho; ningunas representaciones orales, declaraciones, o incentivos, aparte de la declaración escrita anterior, han sido hechos.

Estoy de acuerdo que este documento será interpretado de acuerdo con las leyes de la Commonwealth de Kentucky. Si algún término o la provisión de este documento serán sostenidos ilegales, inaplicables, o en el conflicto con alguna ley que gobierna este documento, la validez de las porciones restantes no será afectada.  
Información de Estudiante

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Num.de Telefono: \_\_\_\_\_ Dirección de email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de padres o representantes

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre imprento



# PHOTOGRAPHIC CONSENT AND RELEASE FORM

I hereby authorize Eastern Kentucky University and its employees, regents, and volunteers (hereafter referred to as "University") to:

- (a) Record my likeness and voice on a video, audio, photographic, digital, electronic or any other medium; and
- (b) Use my name in connection with these recordings; and
- (c) Use, reproduce, exhibit or distribute in any medium (e.g., print publications, video tapes, CD-ROM, Internet/WWW) these recordings for any purpose that the University deems appropriate, including promotional or advertising efforts.

I release the University from liability for any violation of any personal or proprietary right I may have in connection with such use. I understand that all such recordings, in whatever medium, shall remain the property of the University. I have read and fully understand the terms of this release.

NAME: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_  
Street

\_\_\_\_\_

City

State

Zip

PHONE: \_\_\_\_\_

PARENT's SIGNATURE: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_



# CONSENTIMIENTO PARA LAS FOTOGRAFIAS/VIDEOS

Yo autorizo a Eastern Kentucky University y a sus empleados y sus voluntarios (que tengan que ver con el campamento de verano de la Universidad) para:

Grabe mi imagen y voz en un vídeo, de audio, fotográfico, digital, electrónico o cualquier otro medio; y

(a) Usar mi nombre en relación a estas grabaciones; y

(b) Uso, reproduzca, exponga o distribuya en cualquier medio (ejemplo, imprima publicaciones, videocintas, CD-ROM, Internet/WWW) estas grabaciones para cualquier objetivo que la Universidad juzga apropiado, incluso esfuerzos promocionales o publicitarios.

Libero la Universidad de la responsabilidad de cualquier violación de cualquier derecho personal o patentado que puedo tener en relación a tal uso. Entiendo que todas tales grabaciones, en cualquier medio, permanecerán la propiedad de la Universidad. He leído y totalmente entiendo los términos de esta liberación.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

Calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma de los padres: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_



# EMERGENCY MEDICAL RELEASE FORM / FORMA DE LIBERACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

It is extremely important that this form be filled out accurately and in its entirety. The Region D Migrant Education Program Summer Academy staff must be aware of all medications that a student participant will be required to take during the Summer Academy. All participants should follow their physician's orders for medications while attending camp. If you do not have health insurance, please be aware you (the parent or guardian) will be responsible for all health related expenses that may be incurred with any medical treatment deemed necessary while attending camp. / **Es muy importante que esta forma sea llenada exactamente y en su totalidad. La Región D personal de Academia de Verano de Programa de Educación Migratorio debe ser consciente de todos los medicamentos que se requerirá que un participante del estudiante tome durante la Academia de Verano. Todos los participantes deberían seguir las órdenes de su médico por medicaciones asistiendo al campamento. Si usted no tiene seguro médico, por favor debe ser consciente usted (el padre o representante) será responsable de los gastos relacionados de toda la salud en que pueden incurrir con cualquier tratamiento médico juzgado necesario asistiendo al campo**

*Please print clearly and fill out ALL sections of this form.*

Student Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_  
Last/APELLIDO First/NOMBRE M.I./Inicial del 2do. Edad Fecha de Nacimiento

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
Nombre de los padres/representante Relación

Address: \_\_\_\_\_  
Dirección (Street/Calle, Apt No / Num de Apartamento.) City/Ciudad Zip Code / Cod.Postal

Home Phone / Teléfono: \_\_\_\_\_ Telf. De trabajo: \_\_\_\_\_

Other Phone Contact (cell, neighbor): \_\_\_\_\_  
Otro Num. de contacto (vecino, etc.)

Health Insurance Carrier \_\_\_\_\_ Policy # \_\_\_\_\_  
Portador de Seguro médico # de Póliza

Student's Doctor \_\_\_\_\_ Doctor's Phone: \_\_\_\_\_  
Nombre del Dr. del Estudiante Teléf. Del Doctor

Allergies (food, bee stings, contact, medicines): \_\_\_\_\_  
Alergias (Alimento, picaduras de abeja, medicinas)

List all medication taking: \_\_\_\_\_  
Lista de medicamentos que está tomando

What is the medication for: \_\_\_\_\_  
Para que es este tipo de medicamento

Special Medical Needs (diabetic, ADHD, etc.): \_\_\_\_\_  
Necesidades médicas especiales (diabetes, ADHD, etc.)

Please list any specific instructions and information regarding medications or control of illness. (i.e. "must take medicine before a meal or must take injections first thing in the morning".) \_\_\_\_\_

Please provide instructions and information / Por favor especifique las instrucciones en una lista de información en cuanto a medicaciones o control de la enfermedad. (es decir "debe tomar la medicina antes de una comida o debe inyectarse a primera hora de la mañana".)

Por favor proporcione instrucciones e información: \_\_\_\_\_

Are there any physical changes or behavior that indicates an emergency that the staff should be aware of? / ¿Hay allí algún cambio físico o el comportamiento que indica una urgencia de la cual el personal debería estar consciente?

Please give information on the best time and location to reach a parent/guardian (i.e. Between 8-12 and 1-5, I can be reached at work; from 12-1, can be reached by my cell phone; and after 5, I will be at home.) / Por favor infórmenos el mejor momento para llamarlos o localizarlos (Durante las 8-12 y 1-5, para poder llamarle al trabajo de 12-1, o puede ser localizado al celular después de las 5, o estaré en casa)

In the event of an EMERGENCY and the parent/guardian cannot be reached, please give another emergency contact name and phone number below: / En caso de una EMERGENCIA y los padres/representantes no puedan ser ubicados, por favor de dar otro número de contacto

Print Name/Nombre	Relationship/Relación	Phone Number/#deTeléfono
-------------------	-----------------------	--------------------------

In case of emergency, illness, or accident to \_\_\_\_\_,  
In caso de emergencia, enfermedad o accidente      Child's Full Name / Nombre completo del Niño

I give consent to the nearest appropriate medical facility to render medical emergency care deemed appropriate by the medical staff of the facility. Doy el consentimiento a la instalación médica apropiada más cercana para dar el cuidado de emergencia médico juzgado apropiado por el personal médico de la instalación

Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_

Firma de los padres/representantes

Effective Date: \_\_\_\_\_

Fecha efectiva