



Nos gustaría invitarlo a usted / a su juventud a ser parte de Momentum Bike Clubs, una iniciativa de tutoría grupal que utiliza las bicicletas como medio para empoderar a los jóvenes. Se trata de divertirse y construir amistades en bicicleta.

- *Es gratis. Sin cuota de inscripción ni costes ocultos.*
- *Bicicletas proporcionadas, así como cascos, botellas de agua y aperitivos.*
- *Viajes semanales: se espera una participación regular*
- *Chicos y chicas viajan con mentores masculinos y femeninos*
- *La seguridad es lo primero: los mentores enseñan a conducir de manera segura en grupo*
- *Los jóvenes deben saber montar bicicleta.*
- *Las renunciaciones deben ser firmadas y devueltas por el padre o tutor legal*





Momentum Bike Clubs

Pacto de Mentor y Padre/Tutor Legal

Momentum Bike Clubs busca trabajar en colaboración con los padres / tutores legales para promover la salud, el bienestar y el futuro positivo de los jóvenes a los que servimos. Es un esfuerzo de equipo. Si nuestros mentores y personal pueden ayudarlo, no dude en comunicarse con nosotros. Hay algunas expectativas básicas que los mentores de MBC tienen que harán que el club de bicicletas funcione mejor para todos.

1) Es muy importante que sea puntual en recoger a su hijo después de completar el club de bicicletas. A menos que se indique lo contrario, el club de bicicletas termina a las 5:30 pm. Nuestros mentores harán todo lo posible para regresar a la escuela a tiempo y guardar las bicicletas para que no nos esperen mucho. Esperamos la misma cortesía. Nuestros maestros / mentores han invertido en un largo día de trabajo y están listos para estar en casa. Si tiene desafíos que lo dificultan, comuníquese con nosotros. El incumplimiento repetido de cumplir con este compromiso puede hacer que su joven sea suspendido del club de bicicletas.

2) Si hay problemas de salud o familiares que dificultan la participación en el club de bicicletas, comuníquese con nuestro equipo de mentores. Tener información de antecedentes puede ayudar a nuestro equipo de mentores a ofrecer apoyo adicional y ánimo a nuestros jóvenes. Nos consideramos una familia de clubs de bicicletas. Si existe alguna forma de que podamos ser un apoyo adicional para su hijo, háganoslo saber.

3) Montar en bicicleta puede ser divertido y emocionante, pero también puede ser un trabajo duro. Queremos presentar un desafío para que los jóvenes viajen más rápido y más lejos de lo que creen que pueden. Puede haber días, particularmente temprano, que lleguen a casa cansados y desanimados. Recuérdeles que se harán más fuertes y que pueden hacer esto. Estamos buscando construir hábitos saludables que durarán toda la vida. Si fuera fácil, todos lo estarían haciendo. Escuchar su apoyo en el hogar y los mentores reforzará el mensaje de resiliencia.

Estoy de acuerdo en ser puntual en el momento de la recogida, comunicar los desafíos según sea apropiado y apoyar a mi hijo a ser activo e invertir en Momentum Bike Clubs.

Firmado: _____ Nombre en letra: _____ Fecha: _____

Momentum Bike Clubs

Formulario de permiso de padre / tutor

NOTA: ESTE FORMULARIO INCLUYE UNA LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.

Revise y firme en el espacio provisto para indicar su acuerdo con todas las declaraciones hechas en este formulario de permiso.

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, el padre o tutor de _____ (niño), autorizo la participación de mi hijo en Momentum Bike Clubs (el "Programa").

Entiendo que este Programa es un programa comunitario sin fines de lucro para jóvenes y que la participación de mi hijo es voluntaria y no es esencial para completar los requisitos de ningún programa, escuela o agencia gubernamental. Entiendo que el Programa lo llevan a cabo voluntarios y personal sin fines de lucro y de la comunidad, incluidos mentores de otros niños participantes.

Además, entiendo y acepto que la participación de mi hijo en actividades atléticas y de otro tipo del Programa necesariamente implica el riesgo de lesiones e incluso la muerte por diversas causas, que incluyen, entre otras: accidentes, caídas, actividad física extenuante y prolongada, deshidratación, enfermedad, colisión o disputa con otros participantes, área de manejo y defectos de equipo, y negligencia de voluntarios y mentores. En nombre de mi hijo, yo y mi familia, asumo estos riesgos.

(iniciales aquí) _____

En consideración al privilegio de la participación de mi hijo en el Programa, y en nombre de mi hijo y yo como padre / tutor, por la presente libero, descargo, exonero e indemnizo, y me comprometo a no demandar a Momentum Bike Clubs, Universidad de Clemson , organizadores individuales del programa y todos los directores, funcionarios, fideicomisarios, empleados, voluntarios, aseguradores, agentes y representantes de estas organizaciones y todas las demás personas asociadas con el Programa (incluidos, entre otros, otros patrocinadores, padres, proveedores, mentores y otros participantes trabajadores de eventos, funcionarios, conductores y organizaciones) en cuanto a cualquier reclamo de mi hijo, yo y otros miembros de la familia por lesiones personales sufridas por mi hijo, daños a la propiedad, gastos médicos y pérdidas económicas que surjan directa o indirectamente de mi hijo participación en el Programa, y cualquier primeros auxilios, atención médica o tratamiento proporcionado a mi hijo en caso de que mi hijo se lesione o se enferme mientras participa en las actividades de programa, y excepto reclamos que no pueden ser liberados bajo la ley aplicable.

(iniciales aquí) _____

Esta exención de responsabilidad se interpretará de manera tan amplia como lo permite la ley para incluir todos los reclamos y derechos que el niño, yo como padre / tutor y que otros miembros de la familia puedan tener. Soy un padre o tutor legalmente responsable de mi hijo. Si alguna disposición de esta exención de responsabilidad se considera inválida, las disposiciones restantes permanecerán en pleno vigor y efecto. Esta exención de responsabilidad será vinculante para mí, mi familia, herederos, familiares, representantes legales, beneficiarios, sucesores y cesionarios. Doy permiso para el uso gratuito del nombre y la imagen de mi hijo en transmisiones, transmisiones o cuentas escritas para cualquier participación en cualquier evento patrocinado por el Programa.

(iniciales aquí) _____

CONDICIONES MÉDICAS

Entiendo que la participación en el Programa puede involucrar actividad física extenuante y prolongada. Estoy de acuerdo en que mi hijo está sano y puede participar en las actividades del Programa. Entiendo que el Programa o sus representantes pueden solicitar información médica sobre mi hijo y / o pedirle a mi hijo que se someta a un examen médico. Si el Programa determina que mi hijo tiene una condición física o mental que puede afectar su capacidad de participar de manera segura y apropiada en las actividades del Programa, el Programa puede determinar que no se le puede permitir a mi hijo participar. Entiendo y acepto que tales decisiones deben tomarse por preocupación por el interés superior de mi hijo y otros participantes.

(iniciales aquí) _____

CONSENTIMIENTO PARA EL CHEQUEO DE SALUD

El programa necesita asegurar que todos los participantes estén saludables y sean capaces de hacer ejercicio físico riguroso. Con su inicial a continuación, el Programa tiene permiso para realizar un examen de presión arterial en su hijo.

(iniciales aquí) _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

En el caso de que mi hijo se lesione o se enferme en las actividades del Programa, y si yo, el padre o tutor del niño mencionado anteriormente, no estoy presente para tomar decisiones médicas, autorizo al Programa, su personal, voluntarios, incluido el mentor voluntario participantes, supervisores y conductores, para organizar y consentir en mi nombre la atención y el tratamiento médico y dental de emergencia, incluidas las pruebas y los exámenes radiológicos, y la cirugía, y la atención y el tratamiento hospitalarios, y dar su consentimiento para medicamentos para el dolor y otras afecciones según lo prescrito por personal médico que atiende a mi hijo. Soy responsable del pago de cualquier cargo o gasto médico no cubierto por mi seguro o el seguro aplicable a mi hijo (si corresponde).

(iniciales aquí) _____

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Reunir y compartir información pertinente con agencias externas para ayudar a conectar a mi hijo y mi familia con recursos útiles y evaluar el éxito de los estudiantes y del programa. (iniciales aquí) _____

Mi firma a continuación indica que he leído y entiendo este formulario de permiso, que he preguntado y que he respondido cualquier pregunta relacionada con este formulario, que toda la información proporcionada por mí sobre mi hijo es verdadera y precisa, y que estoy totalmente de acuerdo con todas las declaraciones. realizado en el formulario, que incluye, entre otros, la Autorización y exención de responsabilidad, afecciones médicas y consentimiento para tratamiento médico.

Cada padre / tutor responsable debe firmar.

Firmas:

Nombres impresos:

Fecha:

Si solo un padre / tutor firma este formulario, también se debe firmar lo siguiente:

Afirmo que este formulario fue firmado por un solo padre / tutor porque (1) Soy el único padre / tutor responsable del cuidado y custodia del niño debido a la muerte o incapacidad del otro padre / tutor o la orden judicial, o (2) He hecho un esfuerzo de buena fe para obtener la firma del otro padre / tutor, pero no he podido hacerlo, y no tengo conocimiento de ninguna razón por la cual el otro padre / tutor objeta la participación del niño en el Programa .

Firma:

Nombre impreso:

Fecha:



Momentum Bike Clubs Historia de Salud

To Padre(s)/Guardián(es): Por favor siga las siguientes instrucciones: Adjunte información adicional si es necesario.

Nombre del participante: _____

Last

First

Middle Initial

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Grado: _____ Etnia: Afroamericano _____ Latino _____ Caucásico _____ Otro _____

Mes/Día/Año

Domicilio del participante: _____

Calle & Número

Ciudad

Estado

código postal

Ingresos familiares: (marque uno) _____Menos de \$25,000 _____\$25-35,000 _____Más de \$35,000 Número de miembros del hogar: _____

Padre o Guardián con custodia legal para ser contactado en caso de enfermedad o lesión:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono preferido:(____)_____ Correo electrónico: _____

Segundo padre/Guardián o otro contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono preferido:(____)_____

Contacto adicional en caso de que los padre(s)/guardian(es) no puedan ser alcanzados:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono preferido:(____)_____

Alergias: No conocido alergias.

Este participante es alérgico a:

A los alimentos (**Haga una lista**) _____ Reacción: _____

A los medicamentos (**Haga una lista**) _____ Reacción: _____

A la media ambiente (**Picaduras de insectos, La fiebre del heno, etc. Haga una lista**) _____

Reacción: _____

Other (**Haga una lista**) _____ Reacción: _____

Dieta, Nutrición: Este participante de la juventud come una dieta regular. Este participante de la juventud come una dieta vegetariano.

Este participante de la juventud es intolerante.

Este participante de la juventud es intolerante de gluten: Otro, **por favor explique en el espacio.**

Restricciones:

Sí No ¿Hay alguna salud mental o condiciones psicológicas que requieran medicamentos, tratamiento o restricciones o consideraciones especiales? Si es así, por favor explique: _____

He revisado el programa y las actividades de la MBC siento que el participante de la juventud puede participar **sin** restricciones.

He revisado el programa y las actividades de la MBC y siento que el participante de la juventud puede participar con las siguientes restricciones o adaptaciones: (**Por favor describa**) _____

Información del seguro médico:

Este participante está cubierto por (médico de familia/hospital) seguro: Sí No

Proveedores de atención médica:

Nombre del médico de cabecera de participante: _____ Teléfono: (____)_____

Nombre de dentista: _____ Teléfono: (____)_____

Este participante tiene inmunizaciones actualizadas: Sí No Si no, por favor explique: _____

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES Y PERMISO PARA TRATAR:

Esta historia de salud es correcta, por lo que yo sé, y la persona aquí descrita tiene permiso para participar en todas las actividades prescritas del Club de bicicletas, excepto como se señala por mí y el médico que examina. Por la presente doy permiso al personal médico seleccionado por el adulto de MBC a cargo para proporcionar atención médica rutinaria: para administrar medicamentos; para ordenar radiografías, pruebas de rutina, tratamiento; para divulgar los expedientes necesarios para los propósitos del seguro; y para proporcionar o arreglar el transporte relacionado necesario para me/o mi niño. En caso de que no se me pueda localizar en una emergencia, doy permiso al médico seleccionado por la MBC para que asegure y administre el tratamiento, incluyendo la hospitalización, para la persona mencionada arriba.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____ Relationship to participant: _____



Los siguientes participantes autorizan al Instituto de Familia y Vida de la Vecindad de la Universidad de Clemson para hacer uso de cualquier fotografía o video tomada de mí y/o de mis hijos de una manera que el Instituto decida apropiado. Los participantes conceden además al Instituto el derecho perpetuo a cualquier utilización de las fotografías o del vídeo, si a través de sus propias instalaciones o aquellos de otras agencias u organizaciones a quien posteriormente concede el uso; sin embargo, siempre que el Instituto concederá permiso sólo cuando se considera que el uso previsto es de buen gusto y apropiado para los objetivos educativos de la Universidad. Los participantes también acuerdan que el Instituto no estará obligado a incluir ningún crédito que identifique a ninguna persona en el uso de las fotografías.

Al firmar abajo, procedo a liberar el instituto y la Universidad de Clemson, sus sucesores y cesionarios, agentes, empleados, ejecutivos y funcionarios de cualquier y todas las reclamaciones por daños por difamación, calumnia, invasión del derecho a la privacidad o cualquier y todos los demás reclamos basados en el uso de estas fotografías.

Nombre Padre/Cuidador	Firma del Padre o Cuidador	Nombres de los Jóvenes