|  |
| --- |
| **Roots Capoeira Kids- Harding Middle School** |
|  |
| Student Name(s): *nombre de estudiante:* | Grade: *grado del estudiante(s):* 6 7 8 |
| Parent 1/Guardian Name: *Nombre del Padre 1 / Tutor:* | Parent 2/Guardian Name: *Nombre del Padre 2/ Tutor:* |
| Parent 1/Guardian Phone: *Padre 1 / Tutor Número de Teléfono:*(\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_) - \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ - \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | Parent 2/Guardian Phone: *Padre 2 / Tutor Número de Teléfono:*(\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_) - \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ - \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_*:* |
| Home Address:  *Dirección de correo* |
| Email Address: *Dirección de correo electrónico:* |
| Emergency Contact Name: *Nombre del contacto de emergencia:* | Emergency contact phone number: *Teléfono de contacto de emergencia:*(\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_) - \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_- \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |
| Does your child have any allergies? *¿Tiene su hijo alguna alergia?* | Does your child have any physical limitations? *¿Su hijo tiene alguna limitación física?* |
| Is there anything you would like us to know about your child? *¿Hay algo que le gustaría que supiéramos sobre su hijo?* |
| I consent to allowing my child to be videotaped while participating in Roots Capoeira classes and activities and their photo be taken by Roots Capoeira affiliates to be used for promotional and educational purposes.*Consiento en permitir que mi hijo sea grabado en video mientras participa en las clases y actividades de Roots Capoeira y su foto será tomada por los afiliados de Roots Capoeira para ser usado para propósitos promocionales y educativos.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature/ *signatura*  Date/ fecha  |

|  |
| --- |
| **Acknowledgement of Risk and Waiver of Liability**PRINTED NAME(S) OF CHILD/CHILDREN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ As parent/guardian, I give my consent for my child(ren) to participate in the Roots Capoeira de Ouro Kids’ Program at Moulton Elementary. I recognize the risks of injury common to any martial arts classes or program. I hereby waive and release Roots Capoeira de Ouro, and any Officers, Employees, Agents and Assigns from any and against all claims of liability, including accidents or injury while on or about their premises. To the best of my knowledge, my child is in good physical condition and I have no knowledge of any physical condition, injury, or illness whatsoever which would place my child at risk to participate in a martial arts class. I am fully aware of the risks connected with my child’s participation and voluntarily assume full responsibility for any subsequent loss, property damage, or personal injury, including death, that my child may sustain as a result of participating a martial arts class, however caused, including negligence, court costs and attorneys’ fees. I HEREBY RELEASE Roots Capoeira de Ouro from all damages arising out any negligence caused by the Roots Capoeira de Ouro Officers, Employees, Agents and Assigns and from any harm arising from other attendees of the Roots Capoeira de Ouro Kids’ Program. This is a full release of liability. This Acknowledgement of Risk and Waiver of Liability has been read, understood completely and signed voluntarily by the parent/legal guardian of the student. Parent/guardian Signature:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date Signed:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Printed name of parent/guardian:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telephone #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Reconocimiento de Riesgo y Renuncia de Responsabilidad**NOMBRE (S) IMPRESO (S) DEL NIÑO(s) / NIÑA(s):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Como padre / tutor, doy mi consentimiento para que mi (s) hijo (s) participe en el Programa de Niños de la Capoeira de Ouro de las Raíces en la Escuela Primaria Moulton. Reconozco los riesgos de lesiones comunes a cualquier clase o programa de artes marciales. Renuncio y renuncio a Roots Capoeira de Ouro, así como a los Oficiales, Empleados, Agentes y Asignaciones de cualesquiera y contra todas las reclamaciones de responsabilidad, incluyendo accidentes o lesiones durante o en sus instalaciones. A mi leal saber y entender, mi hijo está en buenas condiciones físicas y no tengo conocimiento de ninguna condición física, lesión o enfermedad alguna que pudiera poner a mi hijo en riesgo de participar en una clase de artes marciales. Soy plenamente consciente de los riesgos relacionados con la participación de mi hijo y asumo voluntariamente toda la responsabilidad por cualquier pérdida posterior, daño a la propiedad o lesión personal, incluyendo la muerte, que mi hijo pueda sufrir como resultado de participar en una clase de artes marciales, Incluyendo negligencia, costos judiciales y honorarios de abogados. RENUNCIA a Capoeira de Ouro de todos los daños y perjuicios derivados de cualquier negligencia causada por los Funcionarios, Empleados, Agentes y Asignados de la Capoeira de Ouro de Raíces y de cualquier daño causado por otros asistentes del Programa de Niños de la Capoeira de Ouro 2017 Roots. Esta es una liberación completa de la responsabilidad. Este Reconocimiento de Riesgo y Renuncia de Responsabilidad ha sido leído, entendido completamente y firmado voluntariamente por el padre / tutor legal del estudiante.Firma Del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha Firmada: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_Nombre Impreso Del Padre / Guardian: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |