

ACUERDO PARA NO SOSTENER RESPONSIBLE AL RELEASEES

La Fundación de Piedras curativas ofrece un curso a los que firmaron y eventos (“las Actividades”) a las propiedades que posee. Yo entiendo y reconozco que mi participación en las Actividades es voluntaria. En consideración de las propiedades haciéndose disponible las Actividades para mí, y el acuerdo de Piedras Curativas permitiéndome participar en las actividades y PENSANDO ser LIGADO LEGALMENTE, yo ACEPTO LO SIGUIENTE POR LA PRESENTE:

1. Yo PROMETO no DEMANDAR LA FUNDACIÓN de PIEDRAS CURATIVA, FUNDACIÓN de LIFEWORKS Y/O CUALQUIERA DE SUS FUNCIONARIOS, DIRECTORES, los FIDEICOMISARIOS los EMPLEADOS de OREGON (quien se refiere en este Acuerdo como “CEDE”) POR CUALQUIER LESIÓN que OCURRA MIENTRAS yo estoy PARTICIPANDO EN LAS ACTIVIDADES:

En consideración por recibir permiso para participar en las Actividades, yo cedo al receptor, y pacto para no demandar al RELEASEES para, todas las demandas relacionadas a cualquier pérdida que puede ser sostenida por mí y puede ser incluida pero no limitada a, pérdida de vida, otra lesión seria, incluyendo, pero no limitado a, o daño a cualquier propiedad que pertenece a mí, si causado por la negligencia del releasees o por otra parte, mientras se participa en la actividad.

2. YO SOY CONSCIENTE DE LOS RIESGOS DE PARTICIPAR EN ESTA ACTIVIDAD, Y YO ACEPTO RESPONSABILIDAD POR ESTOS RIESGOS:

Yo entiendo los riesgos involucrados en el participar en las Actividades. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a la muerte y/o cualquier otro daño o lesión como resultado de mi participación en las Actividades, como quebraduras de huesos, torceduras, cortaduras, quemaduras, conmociones y daño del tejido de cualquier tipo incluso lesiones que pueden sostenerse el hacer alfarería, hacer una caminata en el bosque y participar en o estar alrededor de los funcionamientos de la ganja. Yo reconozco mas alla y entiendo que las actividades pueden proponer riesgos asociados con el uso y/o funcionamiento defectuoso del equipo. Yo asumo voluntariamente responsabilidad llena por cualquier riesgo de daño o pérdida de propiedad, y lesión personal que puede ser sostenida como resultado por mi participación en las Actividades, causadas por la negligencia del RELEASEES o por otra parte.

3. YO REEMBOLSARÉ AL REHELEASES POR CUALQUIER COSTO que ELLOS INCURREN debido a MI PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES.

Yo estoy de acuerdo en indemnizar al RELEASEES por cualquier gasto u obligación e incluye facturas médicas, costos judiciales, y cuotas de abogados, que ellos pueden incurrir en deuda a causa de mi participación en las Actividades, o como resultado de demandas o reclamos hechos o levantados por mi participación en las Actividades, aun cuando esta pérdida es un resultado de la negligencia de RELEASEES.

4. ESTE ACUERDO TAMBIÉN le IMPEDIRA a MI FAMILIA U OTROS REPRESENTATES DEMANDAR AL RELEASEES:

Es mi intento que este Release/sostiene el Acuerdo que ligara a los miembros de mi familia incluyendo a mis niños y esposo, si yo estoy vivo, y mis herederos de propiedad, administradores, asignados, y/o el personal representante, si yo soy difunto. Este Release/sostiene el Acuerdo y se juzgara como un descargo, renuncia, descarga, y consiente no demandar al RELEASEES con respecto a cualquier demanda que (Por favor lea la pagina 2 al reverso.) puede tener en contra del Este Release/sostiene el Acuerdo y se juzgara como un descargo, renuncia, descarga, y consiente no demandar al RELEASEES con respecto a cualquier demanda que se puede tener en contra del RELEASEES que relaciona mi participación en la actividad, aun cuando estas demandas se levantan fuera de la negligencia del RELEASEES.

5. YO ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUE EL RELEASEES NO TENDRA PERSONAL MÉDICO DISPONIBLE DURANTE CUALQUIER PARTE DE LAS ACTIVIDADES. YO ENTIENDO MAS ALLA Y ESTOY DE ACUERDO QUE LOS RELEASEES EMPLEADOS SE LES CONCEDEN PERMISO PARA AUTORIZAR TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA, SI ELLOS CREEN QUE TAL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA ES NECESARIO, Y QUE CUALQUIER TAL ACCIÓN POR EL RELEASEES A SUS EMPLEADOS EN ASEGURAR TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA ESTARA SUJETO A LOS TERMINOS DE ESTE ACUERDO. YO TAMBIÉN ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO **QUE EL RELEASEES ASUME NINGUNA RESPONSABILIDAD** PARA CUALQUIER LESIÓN O TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA.
6. EN EL EVENTO QUE CUALQUIER PROVISIÓN EN ESTE ACUERDO SE JUZGA QUE NO SE PUEDE FORZAR, LAS PROVISIONES RESTANTES CONTINUARAN EN FUERZA Y EFECTO POR COMPLETO.
7. ESTE ACUERDO SE CONDUCCIRA DEACUERDO CON LAS LEYES DEL ESTADO DE TENNESSEE SIN TENER EN CUENTA SUS CONFLICTOS DE LEYES.
8. LOS TÉRMINOS DE ESTE DESCARGO ESTABLECIDOS EL ACUERDO ENTERO ENTRE YO Y RELEASEES. NINGUNA PARTE SE HA INDUCIDO PARA ENTRAR EN ESTE DESCARGO POR QUALQUIER DECLARACIÓN O REPRESENTACIONES NO CONTENDIAS EN ESTE DESCARGO.
9. YO REPRESENTO QUE NO HAY NINGUNA RAZONE DE SALUD-RELACIONADA O CONDICIONES QUE IMPIDAN O RESTRICTEN MI PARTICIPACIÓN O LA PARTICIPACIÓN DE MIS MIEMBROS FAMILIARES EN LAS ACTIVIDADES.
10. YO ASEGURO A LOS RELEASEES QUE YO Y CUALQUIERA DE MIS MIEMBROS FAMILIARES QUE PARTICIPAN EN LAS ACTIVIDADES TIENEN SEGURO DE SALUD ADECUADO PARA PORPORCIONAR Y PAGAR POR CUALQUIER GASTO MÉDICO QUE YO INCURRA EN, DIRECTAMENTE O INDIRECTLY, COMO RESULTADO DE LA PARTICIPACIÓN EN LAS ACTVIDADES MIAS O DE MIS MIEMBROS FAMILIARES.

YO RECONOZCO QUE YO HE LEÍDO ESTE ACUERDO, ENTENDIDO, Y QUE FIRMO VOLUNTARIAMENTE.

 la firma del participante

 La firma del padre, si el Participante es un Menor

 Nombre en letra de molde (estudiante)

 Nombre en letra de molde (Padre)

Fecha: _____

Fecha: _____