

STRAUB OUTDOORS | PERMISSION • HEALTH • WAIVER FORM

Name _____ Student Staff Member Chaperone/Volunteer

Program/Event: _____ Program Date(s): _____

School _____ Grade _____

Days Participating _____ Classroom Teacher _____

Parent/Guardian _____ Phone _____

Email Address _____

Mailing Address _____

Emergency Contact _____ Phone _____

Race/Ethnicity: Caucasian African American Hispanic/Latino Native American Other

Note: The optional race/ethnicity information above is requested by our grant funders to ensure that our programs reflect the diversity of our community.

Liability Waiver

To the best of my knowledge, I and/or my child(ren) are fully able to safely participate in the volunteer and/or educational activities in which I have signed up to participate. I will communicate any special needs in writing on this form before me or my child(ren)'s first activity, class or volunteer shift. I am fully aware of any risks and hazards connected with volunteering and/or participating in any Straub Outdoors activity and I take sole responsibility for maintaining my health and well-being and that of my child(ren). I voluntarily assume full responsibility for any risks or loss, property damage, or personal injury, including death that may be sustained by me or my child(ren), or loss or damage to property owned by me, as a result of volunteering or participating in a Straub Outdoors activity. I hereby release, waive, discharge, and covenant not to sue, Straub Outdoors, the Board of Directors, Catherine Alexander, advisers, staff, Red Alder Group, LLC, and/or any and all Straub Outdoors associates, family members, agents, and employees of the aforementioned organizations and individuals (hereinafter referred to as "Releasees") from any and all liability claims, demands, actions and causes of actions whatsoever arising out of or related to any loss, damage, or injury, death, and/or inconvenience, including expulsion of me or my child(ren) from outdoor school, that may be sustained by me and/or my child(ren), or to any property belonging to me, while volunteering or participating in a Straub Outdoors activity. It is my expressed intent that this Waiver shall bind the members of my family and spouse and/or domestic partner, if I am alive, and my heirs, assigns and personal representative(s), if I am deceased, and shall be deemed as a release, waive, discharge, and covenant not to sue the above named Releasees. I hereby further agree that this Waiver of Liability shall be construed in accordance with and governed by the laws of the State of Oregon. In signing this release, I acknowledge and represent that I have read this Waiver of Liability, understand it and sign it voluntarily as my own free act and deed; no oral representations, statements or inducements, apart from the foregoing written agreements have been made; and I execute this release for full, adequate and complete consideration fully intending to be bound by same.

Complete the section below and check the boxes for your child or for yourself, if you are a staff member or chaperone.

- I give permission for my child to participate in the Straub Outdoors program or event listed above (*required for students only*).
- I give permission for Straub Outdoors to administer first-aid to me or my child (*required for students & adults*).
- I give permission for Straub Outdoors or school staff to transport me or my child to a medical facility, if needed (*required for students & adults*).
- I give permission to Straub Outdoors to photograph me or my child for educational & outreach purposes (*optional*).
- I give permission for Straub Outdoors to display & publish copies of my child's artwork in educational exhibits & publications (*optional*).
- Other special needs, allergies, and/or sensitivities I'd like you to be aware of (*include below or attach a separate sheet*):

Dietary Needs: Vegetarian Vegan Gluten-free Dairy-free Nut-free Sugar-free Soy-free No Eggs

I give permission for the following over-the-counter medications to be administered to me or my child (*check all that apply below*):

- Tylenol Cough Drops Bee Sting Swabs Anti-Itch Cream Chloraseptic Throat Spray Benadryl Bactine Wound Spray
- Polysporin Claritin Pepto Bismol Hydrogel Burn Gel Electrolyte Fluids Technu Poison Oak Wash Dramamine
- Ibuprofen Alcohol Wipes Alcohol-based Hand Sanitizer

Legal Guardian (for minors) or Adult Participant Signature

Date

STRAUB OUTDOORS | PERMISO • SALUD • FORMULARIO DE RENUNCIA

Nombre _____ Estudiante Maestro Acompañante

Programa/Evento: _____ Fecha del Programa(s): _____

Escuela _____ Grado _____

Días Participando _____ Maestro _____

Padre/Guardian _____ Teléfono _____

Correo Electrónico _____

Dirección Postal _____

Contacto de Emergencia _____ Teléfono _____

Etnicidad: Caucásico Africano Americano Hispano/Latino Nativo Americano Otro

Nota: La etnicidad es información opcional que es solicitada por nuestros financiadores para asegurar que nuestros programas reflejan la diversidad de nuestra comunidad.

Exención de Responsabilidad

Según mi conocimiento, yo y/o mi/s dependiente/s legal/es (de aquí en adelante referidos como yo o mi), puedo participar de forma segura en trabajo comunitario y/o actividades educativas a las cuales yo me haya registrado para participar. Yo comunicaré cualquier necesidad especial que necesite de forma escrita en esta forma antes de que yo tenga mi primera actividad, clase o turno como voluntario. Yo estoy consciente de los riesgos y peligros asociados con ser voluntario y/o participar en cualquier actividad del Straub Outdoors y asumo toda la responsabilidad por mantener mi salud y bienestar. Yo, voluntariamente, asumo responsabilidad completa por cualquier riesgo o pérdida, daño de propiedad, lesión en mi persona, incluyendo daño o pérdida de propiedad mía, como resultado de voluntariado o participar en una actividad de Straub Outdoors. De este momento en adelante, yo renuncio a el derecho de reclamo, libero de cualquier reclamo y me comprometo a no demandar a Straub Outdoors, la Mesa Directiva, Catherine Alexander, Red Alder Group, LLC, el personal y/o cualquier y todos los socios, miembros familiares, agentes, y empleados de las organizaciones ya mencionadas e individuales (de aquí en adelante referido como Liberados) de cualquier y todas las demandas, acciones o causas de acciones que provengan o estén relacionadas de cualquier forma con pérdida, daño, o lesión incluyendo la muerte, y/o inconvenientes, incluida la expulsión mía o de mi(s) hijo(s) de la escuela al aire libre, que podría ocurrirle a mí, o a cualquier cosa que me pertenezca, mientras estén haciendo trabajo comunitario o participando en alguna actividad de Straub Outdoors. Es mi intención expresada de que esta cláusula obligara a los miembros de mi familia y esposo/a y/o mi pareja, si estoy vivo, y mis herederos, asignados y representante(s) personal(es), si estoy muerto, y va a ser tomado como una renuncia a el derecho de reclamo, liberación de cualquier reclamo y me comprometo de que los mencionados Liberados no serán demandados. Desde este momento, acepto que esta Cláusula de Exención de Responsabilidad será interpretada y gobernada según las leyes del estado de Oregon. Al firmar esta liberación de responsabilidad, yo reconozco y represento que he leído la exención de responsabilidad, la entiendo y la firmo de forma voluntaria como acto y hecho independiente; ninguna representación oral, declaraciones o incentivos, aparte del precedente acuerdo escrito, han sido hechos; y yo formalizo esta liberación de responsabilidad por completa, adecuada y completa consideración con la intención de ser totalmente atada/o por este.

Complete la sección a continuación y marque las casillas para su hijo o para usted mismo, si es miembro del personal o acompañante.

- Mi hijo tiene permiso para participar en el programa o evento mencionado anteriormente.** (*Obligatorio para los estudiantes.*)
- Doy permiso para que Straub Outdoors administre primeros auxilios a mí o a mi hijo.** (*Obligatorio para estudiantes y adultos.*)
- Autorizo a Straub Outdoors o personal de la escuela a transportarme a mí o a mi hijo a un centro médico, si es necesario.** (*Obligatorio para estudiantes y adultos.*)
- Doy permiso a Straub Outdoors para fotografiarme a mí o a mi hijo con fines educativos y de divulgación.** (*Opcional para estudiantes y adultos.*)
- Doy permiso para que Straub Outdoors muestre y publique las obras de arte de mi estudiante en exhibiciones y publicaciones.** (*Opcional.*)

Tengo necesidades especiales, alergias, y/o sensibilidades que me gustaría ustedes estuvieran enterados (*escribe abajo o puede adjuntar otra página*):

Necesidades dietéticas: Vegetariano Vegano Sin gluten Sin lácteos Sin nueces Sin azúcar Sin soja Sin huevos

Doy permiso a Straub Outdoors para que me administre a mí o a mi hijo los siguientes medicamentos de venta libre (*marque todo lo que corresponda*):

- Tylenol Pastillas para la tos Bee Sting Swabs Crema anti-picor Chloraseptic aerosol para la garganta Benadryl
- Polysporin Claritin Pepto Bismol Hydrogel Burn Gel Fluidos de electrolitos Technu Poison Oak Wash
- Dramamine Ibuprofen Toallitas con alcohol Desinfectante de manos a base de alcohol Bactine Wound Spray

Registrante/Firma del Guardian _____

Fecha _____