



THE  
**CHILDREN'S MUSEUM**  
AT LA HABRA

301 South Euclid St., La Habra CA 90631 (562) 383-4236 Fax (562) 383-4485 www.lhcm.org

## EXCURSIONES: EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Escuela/Organizacion: \_\_\_\_\_

Fecha Del Excursion: \_\_\_\_\_

Museo de Los Niños en La Habra Exención de responsabilidad acepto voluntariamente asumir todos los riesgos anteriores y acepto la responsabilidad exclusiva de cualquier lesión a mi(s) hijo(s) a mí mismo (incluyendo, pero no limitado a, lesiones personales, discapacidad y muerte), enfermedad, daño, pérdida, reclamo, responsabilidad ó gasto, de cualquier tipo, que yo ó mi(s) hijo(s) podamos experimentar ó incurrir en relación con nuestra asistencia al Museo de Los Niños en La Habra ó la participación en la programación de eventos ("Reclamos"). En mi nombre y en nombre de mis hijos. Yo libero, me comprometo a no demandar, despedir y eximir de responsabilidad a la Ciudad de La Habra, el Departamento de Servicios Comunitarios, sus funcionarios, agentes, voluntarios y empleados de y contra todos y cada uno de los reclamos, costos, responsabilidades, gastos ó juicios, incluidos los honorarios de abogados y los costos judiciales que surjan de mi participación (ó la de mi hijo) en el Museo de Los Niños en La Habra. Entiendo y acepto que esta liberación incluye cualquier reclamo basado en las acciones, omisiones ó negligencia de nuestra Ciudad de La Habra, Departamento de Servicios Comunitarios, sus funcionarios, agentes, voluntarios y empleados de y contra todos y cada uno de los reclamos, costos, responsabilidades, gastos o juicios, incluidos los honorarios de abogados y los costos judiciales que surjan de mi participación (ó la de mi hijo) en el Museo de Los Niños en La Habra.

En caso de emergencia, doy mi permiso para el tratamiento médico de emergencia para mí ó para el menor y acepto pagar cualquier costo incurrido como resultado de dicho tratamiento. También doy mi permiso para que cualquier fotografía tomada de mí ó de cualquier miembro de mi familia se use con fines publicitarios para el Departamento de Servicios Comunitarios. Mi firma reconoce que entiendo y acepto las condiciones anteriores.

Nombre del Invitado: \_\_\_\_\_

Padre/Nombre de Guardian (Si tiene menor de 18 años): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_