



This form must be signed and returned for your child to participate in the physicals.

No one is being paid for the health care your child receives. The care provided to your child is being given by Project Access volunteers without expectation of payment or compensation and is given to and received by your child in exchange for limitations on recovery for damages from the volunteer.

By signing below, you confirm that you understand and agree to the above conditions.

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

Student's Name (Please Print): _____

Student's Date of Birth: _____

Por favor de firmar esta forma y regresar con su hijo/hija para que participe en actividades físicas.

El especialista está siendo pagado para el cuidado médico, que sus hijos reciben. El cuidado proporcionado a sus hijos está siendo dado por los voluntarios de Proyecto Access sin la expectativa de pago o de la remuneración y se da a y es recibido por sus hijos en el intercambio para las limitaciones en la recuperación para los daños del voluntario.

Firmando abajo, usted confirma que entiende y acepta las condiciones antedichas.

Firma del los Padres/Encargado: _____

Fecha: _____

La nombre de Estudiante (Favor de emprimir letras chicas): _____

La fecha de nacimiento de Estudiante: _____