



ACKNOWLEDGEMENT OF RISK AND WAIVER OF LIABILITY

PLEASE PRINT

Activity: OMLI Summer Programs

Group: OMLI, Engineering, Agriculture Date(s): July 7-26, 2024

Participant Information Name: Age:

Street

Address: City, State: Zip Code:

Home Phone: Work Phone: Cell Phone:

Read this Acknowledgement of Risk and Waiver of Liability carefully and in its entirety. It is a binding legal document. Please read both sides of this page. Sign and return this form to: CAMP, 337 Waldo Hall, Corvallis, OR 97331 - (541) 737-2389

(INSERT Department contact name, address and phone number)

If you are under the age of 18, this form must be signed by you as the participant AND by your parent or legal guardian.

I, the undersigned, am aware that participation in the Activity (hereafter referred to as ACTIVITY) described above may include activities that may cause injury, illness, and be dangerous. I acknowledge that participation in this ACTIVITY has the following non-exhaustive list of particular activities that bear risk and danger and from which bodily injury and illness, up to and including death, may occur (INSERT activities below):

Activities in various settings indoors and outdoors under the supervision of program staff. Transportation by school bus and smaller vehicles. Actividades en diversos lugares interiores y exteriores bajo la supervisión del personal del programa, incluido el transporte en autobús escolar y vehículos más pequeños.

With full knowledge of the facts and circumstances surrounding the ACTIVITY, I voluntarily participate in the ACTIVITY and assume the responsibilities and risks resulting from my participation, including all risk of property damage and injury or illness to others and to myself. I agree to comply with all of the rules and conditions of participating in the ACTIVITY. I have adequate applicable insurance necessary to provide for and pay any medical costs that may directly or indirectly result from my participation in the ACTIVITY, or otherwise understand that I am solely responsible for any medical costs that may directly or indirectly result from my participation in the ACTIVITY. I will indemnify, defend and hold harmless Oregon State University, its officers, trustees, agents, and employees (hereafter referred to as UNIVERSITY) with respect to any and all claims, injuries, illnesses, and costs associated with my participation in this ACTIVITY.

Furthermore, I acknowledge that I am solely responsible for any action that I participate in associated with this ACTIVITY or around this ACTIVITY, regardless if occurring before, during or after the period of the ACTIVITY. I will conduct myself in a manner that is considerate of other participants and in accordance with UNIVERSITY Rules and Regulations (including Code of Student Conduct, when applicable) and with any federal, state, city and other applicable laws or rules where the ACTIVITY is occurring. If this ACTIVITY is an off-campus UNIVERSITY sponsored event, such as field trips, conferences, research, experiential learning, extension of classroom learning, etc., I understand that conduct not acceptable in the classroom setting is not acceptable during this ACTIVITY and will be handled in accordance with the Student Conduct Regulations. In addition, I understand that if I travel to the ACTIVITY with a UNIVERSITY group and/or advisor, I will return with the group unless prior arrangements have been made with the UNIVERSITY faculty/staff who is supervising the ACTIVITY.

I recognize and acknowledge that the UNIVERSITY may record my participation and appearance in ACTIVITY on any recorded medium including, but not limited to video, audio, photos (collectively "recordings") for use in any form (including, but not limited to print, websites, blogs, internet, social media). I authorize such recording and release UNIVERSITY to use my name, likeness, voice, and biographical material to exhibit or distribute such recordings in whole or in part without restrictions or limitations for any educational or promotional purpose. If you would like to opt out of this section, please request the Photo Opt Out Release.

I am aware that if I provide a vehicle not owned and operated by the UNIVERSITY for transportation to, at, or from the ACTIVITY site, or if I am a passenger in such a vehicle, the UNIVERSITY is not responsible for any damage or injury caused by or arising from my use of such transportation. Furthermore, I acknowledge that I am solely responsible for any action that I take that is outside the scope of the scheduled ACTIVITY, regardless if occurring before, during or after the period of the ACTIVITY.

This agreement may be executed in two or more counterparts, each of which is an original, and all of which together are deemed one and the same instrument.

COMPLETE BOTH SIDES OF THIS FORM



ACKNOWLEDGEMENT OF RISK AND WAIVER OF LIABILITY

To the extent permitted by law, and in consideration for being allowed to participate in the ACTIVITY, I hereby save, hold harmless, discharge and release the UNIVERSITY from any and all liability, claims, causes of actions, damages or demands of any kind and nature whatsoever that may arise from or in connection with my participation in any activities related to the ACTIVITY, whether caused by the negligence or carelessness of the UNIVERSITY or otherwise (but excluding gross negligence, reckless or intentional conduct).

It is my express intent that this Acknowledgement of Risk and Waiver of Liability shall bind my spouse, the members of my family and my estate, heirs, administrators, personal representatives and assigns. I further agree to save and hold harmless, indemnify and defend the UNIVERSITY from any claim by the aforementioned parties arising out of my participation in the ACTIVITY.

I recognize and acknowledge that the UNIVERSITY makes no guarantees, warranties, representations, or other promises relative to the ACTIVITY, and assumes no liability or responsibility for injury, illness, or property damage that I may sustain as a result of participation in the ACTIVITY.

I further understand and agree that this is a release of liability and indemnity agreement, and it is intended to be as broad and inclusive as permitted by law. If any portion hereof is held invalid, it is agreed that the balance shall, notwithstanding, continue in full force and legal effect.

I hereby certify that, with or without accommodation,\* I have no health-related reasons or problems that preclude or restrict my participation in the ACTIVITY. I hereby consent to and understand myself to be solely responsible for the cost of first aid, emergency medical care, and, if necessary, admission to a medical facility for executing such care or treatment for injuries or illnesses that I may sustain while participating in any activity associated with the ACTIVITY.

\*If your participation requires an accommodation, please contact Maria Andrade - (541) 737-2389 at least one week (7 days) before the date of the ACTIVITY. (INSERT Department contact name and phone number)

Emergency Contact Name: Telephone Number:

In signing this Acknowledgement of Risk and Waiver of Liability I hereby acknowledge and represent: (a) that I have read this document in its entirety, understand it, and sign it voluntarily; and (b) that this Acknowledgement of Risk and Waiver of Liability is the entire agreement between the parties hereto and its terms are contractual and not a mere recital.

Participant Signature: Date:

REQUIRED FOR ALL PARTICIPANTS UNDER 18 YEARS OF AGE: PARENT OR GUARDIAN'S AUTHORIZATION FOR MEDICAL CARE AND CONSENT TO AGREEMENT

I certify that I am the parent or legal guardian of the above-named participant in the ACTIVITY. On behalf of myself and my spouse, partner, co-guardian or any other person who claims the participant as a dependent, I have read the above agreement, I understand the contents of this Acknowledgement of Risk and Waiver of Liability, assent to its terms and conditions, and sign this Acknowledgement of Risk and Waiver of Liability of my own free act. I acknowledge that my dependent and I have agreed to the terms and conditions of my dependent's participation in the ACTIVITY, and I hereby give my consent to participation by my dependent in the ACTIVITY, and to receive medical treatment determined to be necessary. I further agree to hold harmless, indemnify and defend the UNIVERSITY from and against all claims, demands or suits that my dependent has or may have.

Parent or Guardian Signature: Date:

This agreement may be executed in two or more counterparts, each of which is an original, and all of which together are deemed one and the same instrument.

COMPLETE BOTH SIDES OF THIS FORM



RECONOCIMIENTO DE RIESGO Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

IMPRIMIR

Actividad: \_\_\_\_\_

Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha(s): \_\_\_\_\_

Información del participante
Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
Dirección: \_\_\_\_\_
Ciudad, estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Lea atentamente y en su totalidad este Reconocimiento de riesgo y exención de responsabilidad. Es un documento legal vinculante. Lea ambos lados de esta página. Firme y entregue este documento a:

(ESCRIBIR el nombre del contacto del departamento, dirección y número de teléfono)

Si es menor de 18 años, debe firmar este documento como participante Y además debe firmar su padre, madre o tutor legal.

Yo, quien suscribe, soy consciente de que participar en la Actividad (en lo sucesivo denominada ACTIVIDAD) descrita anteriormente puede incluir actividades que pueden causar lesiones o enfermedades y pueden ser peligrosas. Reconozco que la participación en esta ACTIVIDAD incluye la siguiente lista no exhaustiva de actividades particulares que conllevan riesgo y peligro y que pueden causar lesiones corporales y enfermedades, incluida la muerte (ESCRIBIR actividades a continuación):

Con pleno conocimiento de los hechos y circunstancias que rodean la ACTIVIDAD, participo en la ACTIVIDAD voluntariamente y asumo los riesgos y las responsabilidades que surjan de mi participación, incluidos todos los riesgos de daño a la propiedad y lesiones o enfermedades ocasionados a otros o a mí mismo. Acepto cumplir todas las reglas y condiciones para participar en la ACTIVIDAD. Cuento con el seguro pertinente adecuado que es necesario para proporcionar y pagar los costos médicos que puedan surgir directa o indirectamente de mi participación en la ACTIVIDAD o, de lo contrario, comprendo que soy exclusivamente responsable por los costos médicos que puedan surgir directa o indirectamente de mi participación en la ACTIVIDAD. Indemnizaré, defenderé y eximiré de responsabilidad a Oregon State University, sus funcionarios, administradores, agentes y empleados (en lo sucesivo denominados UNIVERSIDAD) con respecto a cualquier reclamo, lesión, enfermedad y costo asociados con mi participación en la ACTIVIDAD.

Asimismo, reconozco que soy exclusivamente responsable por cualquier acción en la que participe asociada con esta ACTIVIDAD o relacionada con esta, independientemente de si ocurre antes, durante o después del período de la ACTIVIDAD. Me comportaré de manera considerada hacia los demás participantes y de conformidad con las reglas y reglamentos de la UNIVERSIDAD (incluido el Código de Conducta del Estudiante, cuando corresponda) y con todas las leyes o reglas federales, estatales, municipales o de otro tipo vigentes en el lugar donde se lleve a cabo la ACTIVIDAD. Si esta ACTIVIDAD es un evento patrocinado por la UNIVERSIDAD fuera del campus, como excursiones, conferencias, investigaciones, aprendizaje vivencial, extensión del aprendizaje en el aula, etc., comprendo que un comportamiento no aceptable en un entorno de clase tampoco es aceptable durante esta ACTIVIDAD y será manejado de conformidad con los reglamentos de conducta de los estudiantes. Asimismo, comprendo que, si viajo hacia la ACTIVIDAD con un grupo o asesor de la UNIVERSIDAD, regresaré con el grupo a menos que exista un acuerdo previo con el personal o los docentes de la UNIVERSIDAD que supervisen la ACTIVIDAD.

Admito y reconozco que la UNIVERSIDAD puede registrar mi participación y aparición en la ACTIVIDAD en cualquier medio, incluidos, entre otros, video, audio y fotos (en conjunto, "registros") para usar de cualquier modo (incluidos, entre otros, impresiones, sitios web, blogs, Internet y redes sociales). Autorizo dichas grabaciones y permito a la UNIVERSIDAD que use mi nombre, imagen, voz y material biográfico para exhibir o distribuir dichos registros de forma total o parcial, sin restricciones ni limitaciones, con fines educativos o promocionales. Si desea excluirse voluntariamente de esta sección, solicite el Consentimiento de exclusión voluntaria de foto.

Soy consciente de que si proporciono un vehículo que no sea de propiedad ni esté operado por la UNIVERSIDAD para el transporte hacia, en o desde el sitio de la ACTIVIDAD, la UNIVERSIDAD no es responsable de ningún daño o perjuicio causado o que surja de mi uso de dicho transporte. Asimismo, reconozco que soy exclusivamente responsable por cualquier acción que realice fuera del alcance de la ACTIVIDAD programada, independientemente de si ocurre antes, durante o después del período de la ACTIVIDAD.

Este acuerdo puede ejecutarse en dos o más ejemplares, cada uno de los cuales es un original, y todos juntos conforman un único instrumento.

COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO

## RECONOCIMIENTO DE RIESGO Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Hasta el grado máximo que permita la ley, y en consideración por tener permiso para participar en la ACTIVIDAD, por el presente eximo y libero a la UNIVERSIDAD de toda responsabilidad, reclamo, causa de acción judicial, daños o demandas de cualquier tipo o naturaleza que puedan surgir o estén conectados con mi participación en las actividades relacionadas con la ACTIVIDAD, sean causados por negligencia o descuido de la UNIVERSIDAD o de otro modo (pero excluyendo la negligencia grave, la conducta imprudente o intencional).

Es mi propósito expreso que este Reconocimiento de riesgo y exención de responsabilidad vincule a mi cónyuge, miembros de mi familia y mi patrimonio, herederos, administradores, representantes personales y apoderados. Además, acepto eximir de responsabilidad, indemnizar y defender a la UNIVERSIDAD ante cualquier reclamo de las partes anteriormente mencionadas que surja de mi participación en la ACTIVIDAD.

Admito y reconozco que la UNIVERSIDAD no emite garantías, declaraciones ni otras promesas relacionadas con la ACTIVIDAD, ni asume obligaciones ni responsabilidad por lesiones, enfermedades ni daños a la propiedad que yo pueda sufrir como consecuencia de mi participación en la ACTIVIDAD.

Además, comprendo y acepto que este documento es una exención de responsabilidad y acuerdo de indemnización y que tiene como finalidad ser **tan amplio e inclusivo como la ley lo permita**. Si cualquier parte del presente se considera inválida, se acuerda que, no obstante, el resto continuará en plena vigencia y efecto legal.

Por el presente certifico que, con o sin adaptaciones\*, no tengo motivos o problemas de salud que impidan o limiten mi participación en la ACTIVIDAD. Por el presente otorgo mi consentimiento y comprendo que soy exclusivamente responsable por el costo de los primeros auxilios, la atención médica de emergencia y, de ser necesaria, la internación en un centro médico para recibir dicha atención o tratamiento por lesiones o enfermedades que pueda sufrir durante mi participación en actividades relacionadas con la ACTIVIDAD.

\*Si su participación requiere una adaptación, comuníquese con \_\_\_\_\_ al menos una (siete días) antes de la fecha de la ACTIVIDAD.  
(ESCRIBIR el nombre del contacto del departamento y número de teléfono)

Nombre del contacto en  
caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Número de  
teléfono: \_\_\_\_\_

Al firmar este Reconocimiento de riesgo y exención de responsabilidad reconozco y declaro que: (a) he leído este documento en su integridad, lo comprendo y lo firmo voluntariamente, y (b) este Reconocimiento de riesgo y exención de responsabilidad constituye el acuerdo completo entre las partes abajo firmantes y que sus términos son contractuales y no meramente enumerativos.

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

=====

### OBLIGATORIO PARA TODOS LOS PARTICIPANTES MENORES DE 18 AÑOS: AUTORIZACIÓN DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR PARA ATENCIÓN MÉDICA Y CONSENTIMIENTO PARA EL ACUERDO

Certifico que soy el padre, la madre o el tutor legal del participante en la ACTIVIDAD nombrado anteriormente. En mi nombre y en nombre de mi cónyuge, pareja, cotutor o de cualquier otra persona que declare que el participante es una persona a su cargo, he leído el acuerdo anterior, comprendo el contenido de este Reconocimiento de riesgo y exención de responsabilidad, acepto sus términos y condiciones y firmo este Reconocimiento de riesgo y exención de responsabilidad en un acto de libre voluntad. Reconozco que la persona a mi cargo y yo hemos aceptado los términos y condiciones de su participación en la ACTIVIDAD, y por el presente otorgo mi consentimiento para la participación de la persona a mi cargo en la ACTIVIDAD y para que reciba el tratamiento médico que sea necesario. Además, acepto eximir de responsabilidad, indemnizar y defender a la UNIVERSIDAD ante cualquier reclamo, demanda o juicio que la persona a mi cargo presente o pueda presentar.

Firma del padre, la madre o el tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Este acuerdo puede ejecutarse en dos o más ejemplares, cada uno de los cuales es un original, y todos juntos conforman un único instrumento.

**COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO**