

Departamento de Recreación y Parques del Condado de Anne Arundel

RECONOCIMIENTO DE ALERGIAS/CONDICIONES MÉDICAS
(solo firme si corresponde)

EL NOMBRE DEL NIÑO: _____

Certifico que he enumerado todas las alergias y/o condiciones médicas en la hoja de vida de mi hijo. *Inventario de salud, formularios de medicamentos y/o Formulario de emergencia.* Además, reconozco que mi hijo no necesita medicamentos disponibles mientras asiste a los programas de cuidado infantil del Departamento de Recreación y Parques del Condado de Anne Arundel (CEC/PRE-K/SACC/MSTG) y/o programas de campamento de verano/cuidado infantil. Certifico que se me ha notificado expresamente que es mi exclusiva responsabilidad proporcionar cualquier medicamento o equipo necesario para el cuidado de mi hijo, y que no he proporcionado a los programas de Recreación y Parques ningún medicamento o equipo para tratar las alergias y/o condiciones médicas.

Si el Departamento de Recreación y Parques ha recibido órdenes médicas firmadas, en caso de que se presenten síntomas graves, soy consciente de que yo (u otro adulto responsable que figura en el Formulario de emergencia de mi hijo) se requiere recoger a mi hijo dentro de 5 minutos o llamarán al 911.

En consideración de que el Departamento acepte a mi hijo en este programa, acepto liberar y despedir al condado de Anne Arundel, Maryland, sus empleados, sirvientes, funcionarios, voluntarios y agentes de cualquier daño sufrido por mi hijo como resultado de la participación en este programa. Acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al condado de Anne Arundel, Maryland, sus empleados, sirvientes, funcionarios, voluntarios y agentes de la responsabilidad incurrida como resultado de dicha lesión o pérdida. Se entiende y acuerda que el condado de Anne Arundel, Maryland, sus empleados, sirvientes, funcionarios, voluntarios y agentes no pueden ser responsables de ningún agravamiento o lesión causada como resultado de una condición o discapacidad preexistente, incluidas, entre otras, las alergias. o medicamentos.

Este formulario debe complementarse si la condición de su hijo cambia.

Firma del padre/tutor Fecha

Nombre del padre/tutor (por favor escriba claramente el nombre en esta línea)

Revisado 02/2020