



Release of Liability
April 5 – April 6, 2024

PARTICIPANT: \_\_\_\_\_
Full Name (Please Print)

A minor for whom I \_\_\_\_\_ am the legal guardian
has my permission to attend the College Assistance Migrant Program's Keys to Success by
CAMP event at SUNY Oneonta scheduled for April 5 and April 6, 2024.

In case of emergency, SUNY Oneonta's staff may reach me by phone at
\_\_\_\_\_ or other parent/guardian whose name is \_\_\_\_\_
and can be reached by phone at \_\_\_\_\_.

If the staff cannot establish contact with me, I authorize SUNY Oneonta through its
employees or agents to take my son/daughter to the nearest medical facility for purposes of
receiving medical care with the understanding I will assume all responsibility for payment of
same. My Insurance Carrier is \_\_\_\_\_ and the policy number is
\_\_\_\_\_. The participant has the following chronic illnesses, allergies, or
disorders \_\_\_\_\_. Participant will have with them
all necessary medications and directives for treating this illness or disorder if any.

On behalf of myself and my minor son/daughter, I, \_\_\_\_\_
hereby release SUNY Oneonta and its officers, agents, employees, successors, and assigns
from any and all liability arising in any way related to this event and not arising directly from
negligence of SUNY College at Oneonta and/or it's officers, agents, employees, successors
and assigns.

\_\_\_\_\_
Date

\_\_\_\_\_
Signature



## Liberación de Responsabilidad

5 de Abril – 6 de Abril, 2024

PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

**Nombre Completo (letra de molde)**

El/la menor de edad por quien yo, \_\_\_\_\_ soy el tutor legal, tiene mi permiso de atender al programa **Experiencia Universitaria para el Éxito Juvenil** de CAMP en el colegio de **SUNY Oneonta** programado para **el 5 de Abril y 6 de Abril del 2024**. En caso de alguna emergencia, el personal del colegio SUNY Oneonta puede encontrarme por teléfono al \_\_\_\_\_. También pueden contactar al otro padre/tutor cuyo nombre es

\_\_\_\_\_ y su número de teléfono es

\_\_\_\_\_. Si no es posible contactarme, yo autorizo al colegio SUNY Oneonta a través de sus empleados o agentes a tomar a mi hijo/a a la facilidad médica más cercana con el propósito de recibir cuidado médico, con el entendimiento de que asumiré cualquiera y toda la responsabilidad por el pago de la misma. Mi compañía de seguro médico es \_\_\_\_\_ y el número de la póliza es \_\_\_\_\_. El/la participante tendrá con el/ella todas las medicinas e indicaciones para el tratamiento de la enfermedad.

En nombre mío y de mi hijo/a, yo, \_\_\_\_\_, libero al colegio SUNY Oneonta y sus oficiales, agentes, empleados, sucesores y representantes de cualquier y toda responsabilidad que surja de cualquier forma relacionada a este evento y no que surjan directamente de la negligencia del Colegio SUNY Oneonta y/o sus oficiales, agentes, empleados, sucesores y representantes.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma