



INFORMACIÓN MÉDICA Y ALERGIAS ALIMENTARIAS

Enumere cualquier condición médica que pueda afectar la participación de su hijo/a, así como cualquier alergia a alimentos y medicamentos:

ASUNCIÓN DE RIESGO Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Sabiendo que la participación en el programa educativo PPAC ("Programa") conlleva riesgos, tales como, entre otros, enfermedades y / o lesiones, y considerando que mi hijo (a) puede participar en el Programa, por la presente libero el programa Providence Performing Centro de Artes ("PPAC") y cualquiera de sus subsidiarias, afiliadas, empleados, agentes, contratistas independientes, miembros, fideicomisarios, directores y / o funcionarios ("Exenciones") de todos los costos, reclamos, lesiones, enfermedades o responsabilidades resultantes de la participación de mi hijo en el Programa ("Reclamaciones"). Las actividades del programa incluyen, pero no se limitan a, cualquier actividad en la que mi hijo pueda participar, como clases de canto, actuación, baile, comedia física, artes escénicas, escenificación, trabajo de máscara teatral, ejercicios de calentamiento, descansos y / o cualquier otras actividades de cualquier manera relacionadas con o una parte del Programa. Damos al personal PPAC permiso para ponerse en contacto con los servicios de emergencia y autorizar el tratamiento para mi hijo/a y soy incapaz de proporcionar la autorización directa de los servicios y exonero de cualquier reclamación con dicha autorización.

COMUNICADO DE MEDIOS

En ocasiones, los participantes son fotografiados y grabados en video para su uso en los materiales promocionales y educativos de PPAC. Autorizo a PPAC a grabar la imagen y la voz de mi hijo nombrado y concedo a PPAC y a todas las personas o entidades que actúen de conformidad con el permiso o autoridad de PPAC, todos los derechos de uso de estas imágenes y voces grabadas. Entiendo que dichas imágenes y / o voces se utilizarán con fines educativos, publicitarios y promocionales en todos los medios convencionales y electrónicos. También autorizo el uso de cualquier material impreso en relación con el mismo. Entiendo y acepto que estas imágenes y voces grabadas pueden duplicarse, distribuirse con o sin cambios y / o alterarse de cualquier forma o manera sin futuras o futuras compensaciones o responsabilidades, a perpetuidad.

Escriba el nombre del participante:

Firma del padre / tutor

Imprimir el nombre del padre / tutor

Fecha: _____

Una copia firmada de este documento debe ser entregada a:

Dana Brazil - Director de Educación – Providence Performing Arts Center
220 Weybosset Street
Providence, RI 02903
dbrazil@ppacri.org