



Excursión Proyecto CRYSTAL al Parque Estatal Crystal Cove

Estimado padre/tutor,

El _____, la clase de su hijo participará en la segunda de dos excursiones del **Proyecto CRYSTAL** al Parque Estatal Crystal Cove. El programa es dirigido por Crystal Cove Conservancy, en asociación con la Universidad de California, Irvine y el parque estatal Crystal Cove. Durante esta segunda excursión de campo, los equipos de investigación formados por estudiantes ayudarán a recopilar datos para un proyecto de investigación científica en curso con el objetivo de ayudar a los administradores del Parque Estatal a comprender mejor cómo restaurar el ecosistema del Cañón Moro.

Junto con esta carta, encontrará **el formulario de exención de responsabilidad** de la Conservancy, que debe llenar y devolver al maestro de la clase de su hijo antes de la excursión.

A continuación están los protocolos de seguridad de COVID de Crystal Cove Conservancy para garantizar la salud y seguridad de todos los estudiantes, el personal y los invitados:

Durante nuestros programas educativos, requerimos que todo el personal de la Conservancy use máscaras faciales en todo momento durante la duración del programa. Todo el equipo y los instrumentos utilizados durante nuestro programa educativo serán contenidos a grupos individuales tanto como sea posible y serán sanitizados antes y después de cada uno de nuestros programas. Durante los programas, la Conservancy también proporcionará desinfectante para manos, jabón y mascarillas adicionales para cualquier persona que pueda necesitar una.

Cosas recomendadas para ponerte y llevar

- Formulario de exención de responsabilidad (adjunto)
- Almuerzo, claramente etiquetado con el nombre de su estudiante
- Un cubre boca
- Merienda (cargado separado del lonche)
- Zapatillas de deporte resistentes con punta cerrada
- Bloqueador solar y protección solar.
- Una Botella de agua



Crystal Cove Conservancy
Participante del programa
Formulario de Exención de Responsabilidad

Nombre del Participante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Hombre/Mujer: _____ Grado Escolar: _____

Nombre de Madre/Padre/Guardián: _____

Domicilio: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número Telefónico (hogar): _____ (móvil): _____

Correo electrónico (por favor, letra imprenta): _____

Teléfono de Contacto de Emergencia: _____

Necesidades Especiales de Salud: _____

Aseguradora: _____

***** LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR *****

LIBERACIÓN Y RENUNCIA: Las personas que firman a continuación, entienden que la participación en los programas de educación de Crystal Cove Conservancy, pueden exponer a los participantes a actividades y condiciones que pueden causar accidentes y lesiones. Quienes a continuación firman, reconocen que el Parque Estatal Crystal Cove es un entorno natural con posible exposición a animales salvajes, terrenos irregulares y accidentados, condiciones de sol y clima peligroso y condiciones oceánicas impredecibles. La persona que firma a continuación, libera, renuncia, descarga, indemniza y mantiene sin culpa a Crystal Cove Conservancy, sus directores, funcionarios, empleados y agentes, de y contra cualquier reclamo por daños, lesiones, pérdida o muerte del participante mencionado anteriormente como resultado de cualquier clase, programa u otra actividad, ya sea en el Parque Estatal Crystal Cove o en otro lugar. Con el registro en el programa, el participante (o padre/tutor) otorga permiso para tomar fotografías y grabaciones de clase/actuaciones, con fines publicitarios y promocionales (red electrónica, publicaciones, etc.).

AUTORIZACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA: Para los participantes menores de 18 años, la persona que firma a continuación, autoriza a los empleados de Crystal Cove Conservancy realizar las acciones que puedan ser necesarias o adecuadas para brindar atención médica de emergencia en caso de que no se pueda contactar al padre/tutor, incluyendo el consentimiento y la autorización para recibir procedimientos médicos realizados por médicos, dentista, hospital u otro personal médico de emergencia, ya que, en el ejercicio de su sola discreción, se puede considerar necesario. La persona que firma a continuación, entiende que es responsable de todos los costos y gastos de dicho tratamiento médico.

HE LEÍDO LA EXENCIÓN ANTERIOR Y LA LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, Y MEDIANTE FIRMAR, ACEPTO QUE ES MI EXPRESA INTENCIÓN EXENTAR Y LIBERAR A CRYSTAL COVE ALLIANCE Y SUS EMPLEADOS DE LA RESPONSABILIDAD POR LESIONES PERSONALES O MUERTE INJUSTIFICADA, DIFERENTE A LAS RECLAMACIONES QUE SURGEN COMO RESULTADO DIRECTO DE NEGLIGENCIA ACTIVA O PREVISIBLE. ESTOY DE ACUERDO EN PERMITIR A CRYSTAL COVE CONSERVANCY A USAR FOTOGRAFÍAS O VIDEOS DEL PARTICIPANTE, PARA PROPÓSITOS PROMOCIONALES. YO CERTIFICO QUE TENGO COMPLETA AUTORIDAD PARA FIRMAR ESTA LIBERACIÓN Y AUTORIZACIÓN.

Firmado: _____ Fecha: _____

(Si es menor de 18 años, su padre/madre o guardián tiene que firmar).