



FOR YOUTH DEVELOPMENT®  
FOR HEALTHY LIVING  
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

**FORMULARIO DE MEMBRESÍA PARA ADOLESCENTES REFERIDOS (TEEN REFERRAL MEMBERSHIP)  
2.0: YMCA del Noroeste de Carolina del Norte**

¿Tiene algún estudiante que reúna los requisitos para esta iniciativa? De ser así, complete la siguiente información. Consulte nuestra página web para obtener más información, [www.ymcanwnc.org/teenreferral](http://www.ymcanwnc.org/teenreferral).

**INFORMACIÓN DEL COLABORADOR ESCOLAR/COMUNITARIO: (escriba en letra de imprenta legible)**

**Escuela/nombre de la organización** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy** \_\_\_\_\_  
**Nombre de quien refiere: (Nombre y apellido)** \_\_\_\_\_ **Puesto de trabajo:** \_\_\_\_\_  
**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono laboral:** \_\_\_\_\_

Para ser considerados elegibles en esta iniciativa, los estudiantes deben haber sido referidos por su consejero escolar, el centro de recursos de la escuela, un miembro del personal de la YMCA o un socio comunitario de la YMCA; estar cursando y asistiendo regularmente a la escuela secundaria o preparatoria; **y cumplir con uno de los criterios indicados a continuación (elijá uno):**

- Forma parte del sistema de cuidado de acogida Tiene un alto riesgo de no completar sus estudios
- Pertenece a un hogar de bajos ingresos Reside en una familia monoparental

**INFORMACIÓN DEL ADOLESCENTE: (escriba en letra de imprenta legible)**

**Nombre: (Nombre y apellido)** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_  
**Escuela actual:** \_\_\_\_\_ **Nivel escolar:** \_\_\_\_\_ **Año previsto de graduación:** \_\_\_\_\_  
**Identificación del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Género:** Hombre Mujer Otro  
**Etnia:** Afroamericano Nativo americano Nativo de Alaska  
Asiático/Isleño del Pacífico Caucásico Hispano Prefiere no contestar/Otros  
**Número de teléfono del adolescente:** \_\_\_\_\_ **Dirección de correo electrónico del adolescente:** \_\_\_\_\_  
**Domicilio:** \_\_\_\_\_  
**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_  
**Nombre del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_  
**Número de teléfono del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Dirección de correo electrónico del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_  
**Nombre del contacto de emergencia adicional:** \_\_\_\_\_  
**Relación con el adolescente:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**YMCA del Noroeste de Carolina del Norte YMCA**  
**Exención y renuncia de responsabilidad y acuerdo de indemnización del participante**

**LEA ATENTAMENTE. ESTE DOCUMENTO AFECTA A SUS DERECHOS LEGALES Y ES JURÍDICAMENTE VINCULANTE. AL FIRMAR ESTE ACUERDO, USTED EXIME A YMCA DEL NOROESTE DE CAROLINA DEL NORTE ("YMCA DE NUNC") DE TODA RESPONSABILIDAD Y RENUNCIA PARA SIEMPRE A CUALQUIER RECLAMACIÓN EN ESTE SENTIDO**

**Asunción de riesgos**

Reconozco y acepto que cualquier uso de las instalaciones, servicios, equipos y locales de YMCA de NUNC (las "Instalaciones") y cualquier participación en los programas y actividades de la YMCA de NUNC ya sea en persona o a través de medios virtuales, incluyendo, entre otras, clases de ejercicio en interiores o al aire libre y el uso de la piscina ("Programas"), viene con riesgos inherentes incluyendo, pero de ninguna manera limitado a: (1) lesiones corporales moderadas y graves, (2) daños materiales/robo, (3) invalidez, (4) fallecimiento, y (5) enfermedad, dolencia, **incluida la COVID-19**, o accidente. Acepto y asumo voluntariamente la plena responsabilidad de estos riesgos, así como de todos y cada uno de los demás riesgos derivados del uso de las Instalaciones y de la participación en los Programas. Acepto que tengo pleno conocimiento de la naturaleza y el alcance de todos esos riesgos y que no confío en que todos ellos se describan en este documento.

**Renuncia, exención, indemnización y acuerdo de no demandar**

En consideración por uso de las Instalaciones y la participación en los Programas, yo, el abajo firmante, estoy de acuerdo con que la YMCA de NUNC, sus oficiales, directores, agentes, empleados, voluntarios, aseguradores y representantes (los "Exonerados") no serán responsables por ningún tipo de lesión personal, daño a la propiedad/robo, incapacidad, muerte, enfermedad, **incluyendo la COVID-19**, o accidente incurrido por mí, los miembros de mi familia, las personas a mi cargo o invitados, incluyendo menores de edad, sin importar cómo ocurra, incluyendo pero no limitado a la negligencia de los Exonerados. Entiendo que seré el único responsable de cualquier pérdida o daño, incluyendo lesiones personales, daños a la propiedad, discapacidad, muerte, enfermedad o dolencia sufrida durante el uso de las Instalaciones y la participación en los Programas.

Asimismo, acepto y, en representación propia y de todos mis sucesores legales y apoderados, **LIBERO, RENUNCIO Y ACUERDO NO DEMANDAR** a los Exonerados por cualquier causa, reclamo, demanda, responsabilidad u obligación de cualquier tipo, incluyendo, pero sin limitarse a, reclamaciones basadas en negligencia, que yo o mis sucesores legales y apoderados podamos presentar ahora o en el futuro contra los Exonerados, como resultado de lesiones personales, daños/robo de propiedad, discapacidad, fallecimiento, enfermedades, **incluyendo la COVID-19**, o accidentes de cualquier tipo, relacionados con el uso de las Instalaciones o la participación en los Programas, sea esta supervisada o no, cualquiera que sea la causa de las lesiones o daños, incluyendo, pero no limitándose a, la negligencia de los Exonerados.

Como contraprestación por el uso de las Instalaciones y la participación en los Programas, acepto **INDEMNIZAR Y EXIMIR DE TODA RESPONSABILIDAD** a los Exonerados de cualquier causa, reclamo, demanda, pérdida, pleito, responsabilidad o costo de cualquier naturaleza, incluidos los reclamos por negligencia, que se deriven o estén relacionados de cualquier modo con el uso de las Instalaciones y la participación en los Programas por mi parte, los miembros de mi familia, las personas a mi cargo o los invitados, incluidos los menores.

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante **(en letra de imprenta clara)**

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del participante o de la persona responsable si el participante es menor de 18 años

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona responsable **(en letra de imprenta clara)**

\_\_\_\_\_  
Fecha