

# WILLOWBROOK RIDING CLUB

*20555 Mountain View Road, Desert Hot Springs, CA 92241*

## **EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR LESIONES, ROBO Y DAÑOS A LA PROPIEDAD CADA PADRE, TUTOR O ESTUDIANTE ADULTO COMPLETE LAS ÁREAS RESALTADAS**

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente libero a Lori Lea y Donald Franklin, y a Willowbrook Riding Club, y a cualquier persona que imparta clases o clínicas con permiso de la gerencia, o que esté afiliada de otra manera a la propiedad comúnmente conocida como Willowbrook Riding Club, de toda responsabilidad por lesiones que sufra yo, miembros de mi familia o menores bajo mi guía, jurisdicción y cuidado, y lesiones a mi(s) caballo(s), o daños o robo de mi(s) caballo(s) o equipo de aparejo por cualquier motivo. Hago esta liberación con el entendimiento de que montar a caballo, la instrucción de equitación, las clínicas y prácticamente todas las actividades que involucran caballos son inherentemente peligrosas y pueden resultar en percances, incluyendo la posibilidad de lesiones graves o la muerte.

### **SOLO PARA PROPIETARIOS DE CABALLOS: ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR LESIONES Y DAÑOS MATERIALES**

Yo \_\_\_\_\_, por la presente autorizo a \_\_\_\_\_ a manejar y/o montar mi caballo, y acepto toda la responsabilidad por lesiones personales que él o ella sufra, así como cualquier otra persona, y acepto toda la responsabilidad por lesiones a mi caballo y a cualquier otro caballo causadas, ayudadas, instigadas o como resultado de que él o ella monte o maneje mi caballo. Además, acepto toda la responsabilidad por cualquier daño a la propiedad causado o infligido como resultado de que él o ella maneje o monte mi caballo.

Por la presente, autorizo a Lori Lea y Donald Franklin, y a cualquier otra persona afiliada al Willowbrook Riding Club, a brindarme primeros auxilios o asistencia de emergencia a mí, a mis protegidos y a cualquier miembro de mi familia en caso de que yo o nosotros suframos lesiones en las instalaciones o en los senderos cercanos. Mi preferencia para el tratamiento/servicio médico, **en caso de que se considere necesario**, es:

Médico \_\_\_\_\_ Compañía de seguro médico \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

Sin embargo, a pesar de las preferencias anteriores, otorgo discreción a cualquier persona, incluidas las personas afiliadas al Willowbrook Riding Club, para organizar la asistencia médica, por la cual asumo plena responsabilidad financiera, de la manera más oportuna y conveniente.

**Estudiantes, internos, pasajeros, aprendices y asistentes a clínicas cubiertos por este comunicado:**

\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Por la presente, declaro y acepto que soy un estudiante adulto que se representa a sí mismo o a un padre, madre o tutor legal debidamente designado, o persona autorizada por los padres y tutores de todos los anteriores para firmar en nombre de dichos padres o tutores al otorgar esta exención con respecto a un menor o menores menores de 21 años.

SU nombre (Por favor, escriba en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

SU Dirección \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo( ) \_\_\_\_\_

Celula ( ) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_