

Pollinate Minnesota Release from Responsibility, Assumption of Risk and Waiver

Name _____ Email _____

IN CASE OF EMERGENCY PLEASE CONTACT:

Name _____

Contact Phone # _____

Relationship _____

Date _____

Pollinate Minnesota, through its experiential education program, provides youth and adults with a unique learning opportunity to explore a working beehive under safe and guided supervision.

-I understand that my participation in the observation and interaction with a working beehive and associated activities (including handling equipment, transportation to and from site, etc) may involve risks of physical harm and injury. I exercise my own free choice to participate in this activity.

-I understand and assume all associated risks. I agree to assume all risk of personal injury or loss, bodily injury (including death), damage to or loss or destruction of any personal property occurring in connection with or arising out of participation in a Pollinate Minnesota Class ("the Activity.")

-I hereby release and discharge, indemnify and hold harmless Pollinate Minnesota and their employees and any other persons or entities acting on their behalf and the successors and assigns for any and all of the aforementioned persons and entities, against all claims, demands, costs and expenses, and causes of action whatsoever, either in law or equity, arising out of or in any way connected with any loss and/or bodily injury and/or disability, arising from my participation in the Activity.

-I have had sufficient time to review and seek explanation of the provisions contained above, have carefully read them, understand them fully, and agree to be bound by them. After careful deliberation, I voluntarily give my consent and agree to this Release, Assumption of Risk and Waiver.

This document has been signed voluntarily and with full understanding.

Student Printed Name _____

Student Signature _____

If the participant is under 18 years of age, the parent or guardian in consideration of this request accepts the above terms and grants permission for the student's participation.

Printed Name _____

Signature _____

Pollinate Minnesota requests permission to use your photos for educational or promotional purposes.

Yes, I the undersigned, give Pollinate Minnesota permission to publish photos with my image, or the image of my child. I understand that my image or the image of my child may be used to help illustrate, market and explain educational programs of Pollinate Minnesota.

Name _____

Signature _____

Signature of parent or guardian if person named above is a minor

Pollinate Minnesota

Liberación de Responsabilidad, Asunción de Riesgo y Exención

Nombre _____

Fecha _____

Dirección _____

Correo Electrónico _____ Número de teléfono _____

Pollinate Minnesota, a través de su programa de educación experiencial, brinda a jóvenes y adultos una oportunidad de aprendizaje única para explorar una colmena en funcionamiento bajo supervisión segura y guiada.

Entiendo que mi participación en la observación e interacción con una colmena en funcionamiento y actividades asociadas (incluido el manejo de equipos, el transporte hacia y desde el sitio, etc.) puede implicar riesgos de daño físico y lesiones. Hago uso de mi propia y libre elección para participar en esta actividad.

Entiendo y asumo todos los riesgos asociados. Acepto asumir todo el riesgo de lesiones o pérdidas personales, lesiones corporales (incluida la muerte), daños o pérdida o destrucción de cualquier propiedad personal que ocurra en relación con o que surja de la participación en una Clase de Pollinate Minnesota ('la Actividad').

Por la presente libero y descargo, eximo y absuelvo de responsabilidad a Pollinate Minnesota y sus empleados, y cualquier otra persona o entidad que actúe en su nombre y los sucesores y cesionarios de todas y cada una de las personas y entidades antes mencionadas, contra todas las reclamaciones, demandas, costos y gastos, y causas de acción de cualquier tipo, ya sea en la ley o en la equidad, que surjan de o estén relacionados de alguna manera con cualquier pérdida y/o lesión corporal y/o discapacidad, que surja de mi participación en la Actividad. He tenido tiempo suficiente para revisar y pedir explicaciones de las disposiciones contenidas anteriormente, las he leído detenidamente, las he entendido completamente y acepto sujetarme a ellas. Después de una cuidadosa deliberación, voluntariamente doy mi consentimiento y acepto esta Exención, Asunción de Riesgos y Renuncia.

Este documento ha sido firmado voluntariamente y con pleno entendimiento.

Nombre impreso del estudiante _____

Firma del estudiante _____

Fecha _____

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES

Si el participante es menor de 18 años de edad, el padre o tutor en consideración de esta solicitud acepta los términos anteriores y otorga permiso para la participación del estudiante.

Por favor vea el otro lado

Nombre impreso _____

Firma _____ .

EN CASO DE EMERGENCIA, PÓNGASE EN CONTACTO CON:

Nombre _____

Teléfono de contacto # _____

Relación _____

Fecha _____

Pollinate

Minnesota solicita permiso para usar tus fotos con fines educativos o promocionales.

Sí, yo el abajo firmante, doy permiso a Pollinate Minnesota para publicar fotos con mi imagen, o la imagen de mi hijo/a. Entiendo que mi imagen o la imagen de mi hijo/a puede usarse para ayudar a ilustrar, comercializar y explicar los programas educativos de Pollinate Minnesota.

Nombre _____ Firma _____

Firma del padre o tutor si la persona nombrada anteriormente es menor de edad

Barnaamijka Pollinate Minnesota Siideynta Mas'uuliyadda, Malaha Khatarta iyo Ka-dhaafitaanka

Magaca _____ Taariikhda _____

Ciwaanka deegaanka _____ iimaylka _____

_____ Lambarka taleefanka _____

Barnaamijka Pollinate Minnesota, Waa barnaamijkeeda waxbarasho ee khibradda leh ee loogu talo galay ardayda, waxayna siisaa ama u diyaarisaa dhalinyarada iyo dadka waaweyn fursad waxbarasho oo gaar ah si ay u sahaniyaan sida ay shinnida u shaqaynaysa iyada oo la ilaalinayo ilaalada nabdoon oo la hagaayo.

Waxaan fahamsanahay in ka qaybqaadashadayda kormeerka iyo la falgalka sida loola shaqeeyo shinnida iyo hawlaha la xiriirka (ay ku jiraan qalabka maaraynta, gaadiidka u socda iyo ka soo noqoshada goobta, iwm) ay ku lug yeelan karaan khataro dhaawac jireed iyo dhaawac. Waxaan si xor ah u ogolaanayaa in aan uga qayb qaato hawshaan.

Waan fahmay oo aan daalacanayaa dhammaan khataraha la xiriira. Waxaan aqbalay in aan qaato dhammaan halista dhaawaca ama khasaaraha, dhaawaca jidhka (ay ku jirto geeri), dhaawac ama luminta ama burburinta hanti kasta oo shakhsi ahaaneed ee ku dhacda la xidhiidha ama ka kaca ka qaybqaadashada Fasalka ("Hawlaha.")Minnesota Pollinate.

Waxaan halkaan ku ogolaanayaa oo aan siidaayaa, magdhaweynayaa ee aan ku hayaa barnaamijka Pollinate Minnesota aan waxyeello lahayn iyo shaqaalahooda iyo cid kasta ama hay'adaha kale ee u adeegaya magacooda iyo kuwa beddelaya waxaana u xilsaarayaa mid iyo dhammaan dadka iyo hay'adaha aan kor ku soo sheegnay, liddi ku ah dhammaan sheegashooyinka, dalabaadka, kharashyada iyo kharashyada , iyo sababaha ficil kasta, ha ahaato sharciga ama sinaanta, ka soo baxa ama si kasta oo la xidhiidha khasaare kasta iyo/ama dhaawac jidheed iyo/ama naafo ah, oo ka dhashay ka qaybgalkayga hawsha. Waxaan helay wakhti igu filan oo aan dib ugu eego oo aan u raadiyo sharraxaadda qodobbada kor ku xusan, si taxadar leh u akhriyay, si buuxda u fahmay, oo aan aqbalay in lagu xiro iyaga. Ka dib markii aan si taxadar leh u falanqeeyay, waxaan si ikhtiyaari ah u bixiyay oggolaanshahayga oo aan aqbalay Siidayntan, Malaha Khatarta iyo Ka-dhaafitaanka.

Dukumeentigan waxa loo saxeexay si mutadawacnimo iyo fahan buuxa leh.

Magaca Ardayga _____ Saxiixa Ardayga _____

_____ Taariikhda _____

_____ Oggolaanshaha Waalidka/Masuulka _____

Haddii ardayga ka qaybqaataha uu ka yar yahay 18 sano jir, waalidka ama masuulka iyadoo la tixgalinayo codsigan waxay aqbaleen shuruudaha sare waxayna siinayaan oggolaanshaha ka qaybgalka ardayga.

Magaca _____ Saxiixa

Haddii ay xaalad degdeg ah dhacdo, fadlan lala xiriiraha:

Magaca _____

Taleefanka # _____

xiriirka qaraabo _____

Taariikhda _____

Barnaamijka Pollinate Minnesota waxay codsanaysaa ogolaansho si loogu isticmaalo sawiradaada ujeedooyin waxbarasho ama xayaysiin.

Haa, aniga oo hoosta ku saxeexay saxiixayga, waxaan siinayaa barnaamijka Pollinate Minnesota ogolaansho inaan ku daabaco sawirada sawirkayga, ama sawirka ilmahayga. Waxaan fahamsanahay in sawirkayga ama sawirka ubadkayga loo isticmaali karo in lagu muujiyo, suuq-geyn iyo sharraxaadda barnaamijyada waxbarasho ee barnaamijka Pollinate Minnesota.

Magaca _____

saxiixa _____

Saxiixa waalidka ama masuulka haddii qofka kor lagu magacaabay uu yahay mid aan qaan-gaarin