



Asociación Adventista Del Séptimo Día  
del Este de PR  
Departamento de Ministerio Juvenil  
Cadetes Médicos Adventistas

## RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Yo, \_\_\_\_\_, participante de Adiestramientos de los Cadetes Médicos Adventistas del 7<sup>mo</sup> Día, con \_ 21 años o más de edad \_\_\_\_ 20 años o menos de edad; relevo de toda responsabilidad a los líderes del adiestramiento, instructores, coordinadores, pastores y administradores de la asociación Adventista del 7mo Día, Asociación Puertorriqueña del Este, sobre cualquier accidente que pueda suceder en el adiestramiento a actividad que yo sea participante o haga acto de presencia.

Estoy consciente del riesgo que existe al practicar “rapelling”, rescates, ejercicios físicos, caminatas o actividad que se practique. Al firmar este documento, acepto la responsabilidad como participante y entiendo que no estoy obligado a continuar con el adiestramiento en cualquier momento. Si decido no continuar con el adiestramiento notificaré al Coordinador o Sargento del adiestramiento inmediatamente.

De tener alguna condición física notificaré al Oficial Médico, Coordinador, Sargento del adiestramiento y/o al líder de la actividad inmediatamente. Entiendo que soy responsable de ingerir debidamente los medicamentos, contar y mantener los medicamentos necesarios en caso de tener una condición física. Consultaré e solicitaré autorización a un médico para realizar la actividad física, según requiera mi condición.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

● \_\_\_\_\_ ●  
Si el participante es menor de 21 años de edad, debe firmar la persona que tenga la patria potestad del menor.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde de la persona con patria potestad

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma de persona con patria potestad

\_\_\_\_\_  
Fecha



Asociación Adventista Del Séptimo Día  
del Este de PR  
Departamento de Ministerio Juvenil  
Cadetes Médicos Adventistas

## RELEVO DE MATERIAL PROMOCIONAL

Yo, \_\_\_\_\_, participante de Adiestramientos de los Cadetes Médicos Adventistas del 7<sup>mo</sup> Día, con \_ 21 años o más de edad \_\_\_\_ 20 años o menos de edad; estoy consciente de todo tipo de material fotográfico, video audio visual, en el cual mi persona o foto será utilizada, para promoción que se genere perteneciente a los Cadetes Médicos Adventistas del 7mo Día o el Departamento de Jóvenes de la organización o iglesia.

Al firmar este documento, \_\_ estoy totalmente de acuerdo, en voluntad propia, en donar las fotografías o videos que yo aparezca para que se utilice como material promocional para cualquier actividad, programa, boletines, presentaciones digitales o cualquier otra promoción.

Al firmar este documento, \_\_ no estoy de acuerdo, en donar las fotografías o videos que yo aparezca para que se utilice como material promocional para cualquier actividad, programa, boletines, presentaciones digitales o cualquier otra promoción.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

● \_\_\_\_\_ ●  
Si el participante es menor de 21 años de edad, debe firmar la persona que tenga la patria potestad del menor.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde de la persona con patria potestad

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma de persona con patria potestad

\_\_\_\_\_  
Fecha