

## FILHAS DE JÓ® INTERNACIONAL

Bethel No. \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado/Província \_\_\_\_\_

### FORMULÁRIO DE LIBERAÇÃO E CONSENTIMENTO

(Para ser usado por Betheis e Colmeias)

Data: \_\_\_\_\_

**Este formulário deve ser mantido nos arquivos do Conselho Guardião do Bethel aplicável e revisado/atualizado como requerido, anualmente com o Formulário Pessoal de Saúde (125a) antes de 5 de janeiro de cada ano.**

Nós, os Pais ou Responsáveis Legais de \_\_\_\_\_ (filha) abaixo assinados por meio deste dão consentimento e permissão para ela participar em eventos e atividades das Filhas de Jó Internacional (FJI) conduzidos no nível do Supremo, Grande, Bethel e/ou Colmeia (“Eventos”) COM AS SEGUINTE EXCEÇÕES: (Indique as EXCEÇÕES na linha abaixo:)

1. Nós, por meio deste, autorizamos os membros de Supremo/Grande/Conselho Guardião do Bethel e/ou Adulto Certificado Voluntários (CAVs) das FJI a exercer supervisão de nossa filha durante o tempo em que ela estiver participando de Eventos, de acordo com todas as leis e políticas atuais das FJI e do Programa de Proteção à Juventude das FJI.

2. Nós estamos completamente conscientes que qualquer Evento, incluindo atividades do tipo esportivas, tem um risco inerente de lesão. Em caso de lesão ou doença do membro acima mencionado, nós, os Pais ou Responsáveis Legais abaixo assinados, autorizamos qualquer Adulto Voluntário Certificado (CAV) das FJI presente a obter assistência médica de qualquer médico licenciado presente para fornecer o tratamento de emergência que for necessário, incluindo, mas não se limitando a hospitalização, injeções, anestesia, cirurgia, raio-x, exames de sangue e medicações. Entendemos que todos os esforços razoáveis serão feitos para entrar em contato conosco antes do atendimento médico.

3. As Filhas de Jó Internacional não mantêm seguro médico para seus membros. Entendemos que seremos responsáveis por todos e quaisquer custos de serviços médicos e tratamentos incorridos por ou em nome de nossa filha. Nossas informações de contato atuais, operadora de seguro saúde familiar e número da apólice estão listados em seu Formulário Pessoal de Saúde (Form 125A).

4. Nós, por meio deste, concordamos em isentar e manter livre de responsabilidades as Filhas de Jó Internacional, Supremo/Grande/Conselho Guardião do Bethel e CAVs aplicáveis de todas e quaisquer reivindicações ou causas de ação que o abaixo assinado tenha ou possa ter. Isso inclui especificamente todas e quaisquer reivindicações que surjam da participação em Eventos, incluindo transporte de e para o(s) referido(s) Evento(s).

5. Os consentimentos e renúncias acima permanecerão em completo vigor e efeito, a menos que cancelado de forma escrita pelos Pais ou responsáveis legais abaixo assinados.

6. Nossa filha tem  não tem  (marque uma opção) 18 anos ou mais e é legalmente responsável por si mesma sob a lei.

Assinatura de Pai/Mãe/Responsável Legal: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura de Pai/Mãe/Responsável Legal: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Membro: \_\_\_\_\_ Idade do Membro: \_\_\_\_\_