

AUTHORIZATION FOR MEDICAL TREATMENT AND ON-SITE VIDEO SURVEILLANCE

Since GIA is not set up as a typical tourist site, we have asked that parents/guardians sign a medical release form in the unlikely event that your child needs medical attention while on GIA's Premises. Please complete and sign the enclosed form and return it to your teacher prior to the field trip. GIA will not allow students on site unless this form has been provided.

My student _____ (hereinafter referred to as "Child"), will be participating in an event sponsored by or taking place at the Gemological Institute of America, Inc. ("GIA"). I understand that for security reasons, video surveillance is conducted throughout GIA's facilities, including in the GIA GemKids® classroom, and I consent to the monitoring and videotaping of my Child while on GIA property. I understand that recordings will be retained no longer than allowed by applicable law.

I hereby release and hold GIA harmless for any damages or injuries, excluding only claims based on GIA's gross negligence or willful misconduct, incurred by my Child while my Child is at GIA or being transported to or from GIA. I agree not to institute any claims or legal proceedings against GIA and its employees, officers, directors, subsidiaries, affiliates or insurers, whether on behalf of my Child or others, that in any way arise from damages or injuries incurred by my Child, except only those based on gross negligence or willful misconduct. I agree to defend, indemnify, and hold GIA harmless for any damages or injuries to GIA or others caused by my Child, and to reimburse the injured party for the damages incurred, including but not limited to attorney's fees and costs.

Should it be necessary for my Child to have medical treatment, I hereby give GIA permission to use its best judgment in obtaining medical service for my Child, and I give permission to the physician selected by GIA to render whatever medical treatment it deems necessary and appropriate. Permission is also granted to GIA and my Child's school to release necessary emergency contact/medical history to the attending physician or to GIA, if needed.

I represent and warrant that I am authorized to give this Release and Medical Authorization on behalf of my Child, myself, and all other parties who may have a special relationship with my Child. I agree to defend, indemnify, and hold GIA harmless, including but not limited to attorneys' fees and costs, for any claims or legal proceedings arising from any person challenging this Release.

GIA GemKids™ Program- «School_Name» - «Tour_Date» at «Tour_Time»

Print Child's Name (first & last)		Child's Date of Birth:	
Signature of Parent/Guardian:		Relationship to Child:	
Parent/Guardian Primary Address:			
Daytime Telephone:		Cell Phone:	
Contact Other than Parent/Guardian:		Relationship to Child:	
Telephone:		Cell Phone:	
Family Doctor Name:		Medical Insurance Provider:	Policy Number:
Telephone Number:			Group Number:
Preferred Hospital:		Phone Number:	

Please explain any special accommodations your child may require because of medical limitations, disability, dietary constraints or other restrictions.

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MÉDICA Y VIGILANCIA DE VIDEO IN SITU

GIA no está configurado como un típico sitio turístico. Pedimos que los padres/tutores firmen un formulario de autorización médica en el caso poco probable de que su hijo necesita atención médica mientras en GIA. Por favor, complete y firma el formulario adjunto y devolverlo a su maestro antes de la visita. GIA no permitirá a los estudiantes si formulario no han sido completado y enviado.

Mi estudiante _____ (en esta hoja referido como “niño/a”), quien participara en un evento patrocinado por el Gemological Institute of America, Inc. (“GIA”). Entiendo que por razones de seguridad, la vigilancia de video se realizará a través de las instalaciones de GIA, incluyendo en el salón de clase de GIA GemKids®, y yo consiento la vigilancia y filmación de mi hijo mientras esté en la propiedad de GIA. Entiendo que las grabaciones serán retenidas no más de lo permitido por la ley aplicable.

Por medio de la presente doy mi consentimiento para que GIA quede exento de cualquier responsabilidad de danos o lesiones, excluyendo solamente los cargos basados en las negligencia o en la mala conducta de GIA hacia mi hijo/a durante el tiempo que el/ella este’ en GIA o que sea transportado por GIA. Yo estoy de acuerdo de no tomar ningún procedimiento legal o demanda en contra de GIA, sus empleados, oficiales, directores, subsidiarios, afiliados o aseguradores los cuales afecten a mi hijo/a u otros, que sean llevados a cabo durante cualquier daño o lesión recibida por mi hijo/a, a no ser que dicho daño o lesión sea por negligencia o mala conducta por parte de GIA. Estoy de acuerdo de defender, indemnizar y mantener GIA libre de danos de cualquier daño causado a GIA ya sea por mi hijo/a o otros, y de rembolsar a la persona que haya sufrido cualquier tipo de danos, incluyendo sin limite el pago y tarifas de abogados.

Por medio de la presente autorizo a GIA para que haga los arreglos necesarios para la transportación de emergencia y atención médica si fuera necesario que mi hijo/a recibiera tratamiento medico. Autorizo al medico seleccionado por GIA para que administre cualquier tratamiento medico necesario y apropiado. Asimismo, autorizo a GIA y a la escuela de mi hijo/a para que puedan proveerle al medico seleccionado toda la información medica o de emergencia si así fuera necesario.

Yo represento y certifico que estoy autorizado para ceder la autorización médica a favor de mi hijo/a, de mi mismo y de otras personas que tengan una relación cercana con mi hijo/a. Estoy de acuerdo de defender, indemnizar y mantener GIA libre de danos y de rembolsar a la persona que haya sufrido cualquier tipo de danos incluyendo sin limite el pago y tarifas de abogados.

GIA GemKids™ Program- «School_Name» - «Tour_Date» at «Tour_Time»

Nombre del Niño/a:		Fecha de nacimiento del Niño/a:	
Padre/Madre/Guardían legal:		Relación al Niño/a:	
Domicilio de residencia (no apartado de correos):			
Teléfono:		Teléfono celular:	
Contacto alternative:		Relación al Niño/a:	
Teléfono:		Teléfono celular:	
Nombre de médico familiar:		Compañía seguros:	Grupo #:
Teléfono:			Acuerdo #:
Hospital preferido:			Número de teléfono:

Por favor, indicar cualquier otra información de salud importante: