**RENUNCIA Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA EQUITACIÓN EQUINA (2025)**
A cambio de que Barb Koster’s Riding Academy y Winters End Farm me permitan participar en cualquier evento o actividad (como montar, manejar, entrenar, prácticas de equitación, exhibiciones, competencias y cualquier actividad relacionada), yo, así como mi familia, herederos y cualquier persona que me represente legalmente ahora o en el futuro, acepto este Acuerdo (el “Acuerdo”):

**ADVERTENCIA:**
Bajo la ley de Florida, un patrocinador de actividades equinas o un profesional ecuestre no es responsable por lesiones o la muerte de un participante en actividades equinas que resulten de los riesgos inherentes de dichas actividades. Estatuto de Florida Título XLV AGRAVIOS Capítulo 773. \*

1. **Reglas y Regulaciones:**
Acepto cumplir con todas las normas de seguridad e instrucciones proporcionadas por Barb Koster’s Riding Academy y sus empleados durante mi participación en actividades equinas. Entiendo que el incumplimiento de estas normas puede resultar en mi exclusión de la actividad sin derecho a reembolso.
2. **Reconocimiento del Riesgo:**
Yo, el abajo firmante, reconozco que montar a caballo y otras actividades relacionadas con equinos implican riesgos inherentes que pueden resultar en lesiones graves o la muerte. Estoy plenamente consciente de los riesgos involucrados, que pueden incluir, entre otros, caídas, patadas, mordidas, colisiones u otras lesiones derivadas de la actividad.
3. **ASUNCIÓN DE RIESGOS:**
Por la presente asumo voluntaria y conscientemente todos dichos riesgos y la responsabilidad por cualquier daño, responsabilidad, pérdida o gasto que pueda incurrir como resultado de mi participación en cualquier evento o práctica aprobado por Barb Koster’s Riding Academy o Winters End Farm. También acepto ser responsable por cualquier lesión o daño causado por mí, mi caballo, mis empleados o contratistas bajo mi dirección y control en cualquier evento o actividad de Barb Koster’s Riding Academy y Winters End Farm.
4. **RENUNCIA Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, EXONERACIÓN E INDEMNIZACIÓN:**
En relación con mi participación en cualquier evento de Barb Koster’s Riding Academy y Winters End Farm, por la presente libero, renuncio y me comprometo a no demandar, y además acepto indemnizar, defender y eximir de responsabilidad a las siguientes partes: Barb Koster’s Riding Academy, Barb Koster, Winters End Farm, Nancy Meyer, miembros, participantes del evento (incluidos atletas/jinetes, entrenadores, instructores) y todos los directores, oficiales, empleados (incluyendo, entre otros, a Evangeline Sydor-Journet), agentes, contratistas y voluntarios de cualquiera de las partes antes mencionadas (individual y colectivamente, las "Partes Liberadas" o "Organizadores del Evento").
5. **ACUERDO COMPLETO Y CLÁUSULA DE DIVISIBILIDAD:**
Este Acuerdo representa el entendimiento completo entre las partes con respecto a estos temas y no se han hecho representaciones orales, declaraciones o incentivos aparte de este Acuerdo. Si alguna disposición de este Acuerdo se considera ilegal, nula o por cualquier motivo inaplicable, dicha disposición se considerará separable de este Acuerdo y no afectará la validez y aplicabilidad de las disposiciones restantes.

EQUINE RELEASE WAIVER 1 of 2

**Yo, el abajo firmante, como padre, madre o tutor legal del participante mencionado arriba, doy mi consentimiento para la participación de mi hijo/a en actividades de equitación y acepto todos los términos de esta renuncia y liberación de responsabilidad.**

Nombre del Jinete: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Nombre del Jinete: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre o Tutor (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contactos de Emergencia:**
Nombre (usted mismo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EQUINE RELEASE WAIVER 2 of 2

**AUTORIZACIÓN PARA OBTENER TRATAMIENTO MÉDICO PARA UN MENOR**

ESTE ACUERDO Y AUTORIZACIÓN es entre Barb Koster’s Riding Academy, Barb Koster, Winters End Farm, Nancy Meyer y sus empleados, en adelante denominados “Administración” y (nombre del tutor) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
en adelante denominado como “Padre o Tutor”.

La “Administración” está autorizada a obtener cualquier y todo tratamiento médico que considere necesario para mi(s) hijo(s) menor(es).
El “Padre” o “Tutor” acepta asumir cualquier costo relacionado y se compromete a pagar de manera oportuna al proveedor de atención médica correspondiente. La “Administración” no asumirá ninguna responsabilidad financiera por el tratamiento médico obtenido conforme a esta autorización.

**Seguro Médico:**
Seguro de Salud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Alergias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Formulario de Autorización Médica para Administrar Benadryl a un Menor**

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Nombre del Padre/Madre o Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Relación con el Niño/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo y doy permiso a Barb Koster’s Riding Academy o a su personal autorizado para administrar Benadryl a mi hijo/a de acuerdo con la dosis recomendada para su edad y peso, en caso de que mi hijo/a experimente malestar o reacción en el entorno.

**Instrucciones de Dosis:**
• Benadryl: instrucciones según la edad indicadas en el empaque.

Yo, el abajo firmante, confirmo que soy el tutor legal del niño/a mencionado/a anteriormente y tengo la autoridad para otorgar este permiso. Entiendo que Benadryl solo se administrará si es necesario y conforme a las directrices seguras de uso. Acepto liberar y eximir de responsabilidad a Barb Koster’s Riding Academy, sus empleados y agentes de cualquier reclamo, acción o responsabilidad que surja de la administración de este medicamento.

Firma del Padre/Madre o Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_