

# REQUEST FOR EXEMPTION FROM MEDICAL CARE AND TREATMENT

## SOLICITUD DE EXENCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO

I request the exemption from all medical treatment for  me and/or  my child en route to, from, and during the attendance to Camp \_\_\_\_\_, operated by the \_\_\_\_\_ Council, Boy Scouts of America. I understand that a medical evaluation and screening by a licensed health-care practitioner is necessary to reduce the possibility of exposing other camp participants to a communicable disease.

In consideration of these exemptions, I understand that I accept complete responsibility for the health of  me and/or  my child, and I hereby release and agree to hold harmless the Boy Scouts of America and any of its officers, agents, and representatives from any liability that might arise during Scouting activities by virtue of this exemption. It is further understood that, should an emergency arise, (name) \_\_\_\_\_, (telephone) \_\_\_\_\_, will be notified immediately. In the event that this contact cannot be located immediately, the Boy Scouts of America authorities may take such temporary measures as they deem necessary.

Solicito la exención de todo tratamiento médico para mí  o mi hijo  en camino a, desde, y durante la asistencia al campamento \_\_\_\_\_, operado por el concilio \_\_\_\_\_, Boy Scouts of America. Entiendo que una evaluación médica y el examen por parte de un profesional de la salud con licencia son necesarios para reducir la posibilidad de exponer a otros participantes del campamento a una enfermedad transmisible.

En consideración a estas exenciones, entiendo que acepto completa responsabilidad por mi salud  o la de mi hijo  y por medio de la presente libero y acuerdo eximir a la organización Boy Scouts of America y a cualquiera de sus funcionarios, agentes y representantes, de cualquier responsabilidad que pueda surgir durante las actividades Scouting en virtud de esta exención. Queda entendido asimismo que, si surge una emergencia, (nombre) \_\_\_\_\_, (teléfono) \_\_\_\_\_, será notificado inmediatamente. En caso de que este contacto no sea localizado inmediatamente, las autoridades de Boy Scouts of America podrán tomar las medidas temporales que consideren necesarias.

---

Participant signature  
Firma del participante

---

Parent/guardian signature  
Firma del padre/tutor

---

Date  
Fecha

---

Name (print)  
Nombre (con letra)

---

Address  
Dirección

---

City, State, Zip  
Ciudad, Estado, Código postal



BOY SCOUTS OF AMERICA®