



BISD Wellness Program



REGISTRATION FORM

Date _____ School Year _____

Release of Liability and Indemnification Statement

I knowingly and voluntarily release all officials, sponsors, and organization including but not limited to the Brownsville Independent School District (B.I.S.D.), its employees, trustees, administrators, and agencies both individually and in their official capacity, from any and all liability involving death, illness, or personal injury, directly or indirectly, arising from or connected to my participation in any B.I.S.D. Wellness Program. I further agree to indemnify and hold harmless the parties stated above including B.I.S.D. from any and all claims and/or damages brought or recovered by any party claiming by or through me including but not limiting to my spouse, heirs, administrators, and assigns. I assert that I have full knowledge of all risks involved in this event and I am sufficiently physically fit and knowledgeable of the activities to participate in the Wellness Program.

Declaracion de Indemnizacion y Libetacion de Cualquier Responsabilidad

Yo deliberadamente y voluntariamente libero a todas los oficiales, patrocinadores, y organizaciones incluidas pero no limitadas al Distrito Escolar Independiente de Brownsville (B.I.S.D.), sus empleados, miembros, administradores, y agentes, tanto individualmente así como en su capacidad oficial, de cualquier responsabilidad que consista de muerte, enfermedad, lesión personal, directa o indirectamente, a causa de o en relación a mi participación en el Programa de Salud de B.I.S.D. Además, estoy de acuerdo en indemnizar y encontrar sin culpa a las partes interesadas mencionadas anteriormente incluyendo al B.I.S.D. de cualquier reclamación y/o de danos incurridos u originados u originados por cualquier parte interesada sea de mi parte o por mi incluyendo pero no limitándose a mi cónyuge, herederos, administradores, y asignados. Yo afirmo que tengo conocimiento total de los riesgos asociados con este evento y estoy físicamente sano y consiente de las actividades para participar en el Programa de Salud de B.I.S.D.

Registration Information

EMPLOYEES	STUDENTS	PARENTS
Printed Name:	Printed Name:	Printed Name:
Employee ID:	Student ID #:	Valid TX Drivers License #:
Job Location:	Campus Attending:	Phone / Cell Number:
Signature:	Signature:	Child's Name: _____
		Campus Attending: _____ Grade _____
		Child's Name: _____
		Campus Attending: _____ Grade _____
		Child's Name: _____
		Campus Attending: _____ Grade _____

BISD does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, religion, age, disability or genetic information in employment or provision of services, programs or activities.

BISD no discrimina a base de raza, color, origen nacional, sexo, religión, edad, discapacidad o información genética en el empleo o en la provisión de servicios, programas o actividades

B.I.S.D. no discrimina en base a raza, color, nacionalidad de origen, sexo, religion, edad o discapacidad para emplear o proveer servicios, programs y/o actividades.

