PERMISO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

En caso de enfermedad y/o lesión nosotros, padres y participante, damos aquí nuestro consentimiento para que nuestro hijo sea tratado y examinado en un centro médico habilitado y para que se realicen los estudios y pruebas necesarias por los facultativos y en las instalaciones que se indiquen. Igualmente damos nuestro consentimiento para que se facilite información sobre su estado de salud a las personas asignadas. En todos los casos, acordamos que Kells College, sus empleados, agentes, representantes y familias anfitrionas deben mantenerse libres de responsabilidad en todo lo concerniente al tratamiento médico.
Asimismo, autorizo a Kells College a solicitar en mi nombre el reembolso de los gastos médicos que hayan sido previamente abonados por dicha entidad.

Firma del estudiante:	**Firma del representante legal del menor: (padre, madre, tutor)**
.....	.....