

**ESCOLAS PÚBLICAS DE HOLLISTON**  
**FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO PARA VIAGEM DE ESTUDO DO MEIO**  
**DIURNO OU DE PERNOITE,**  
**ACORDO DE EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE & INDENIZAÇÃO**  
**Pais**

Eu/Nós, pais ou guardiões abaixo assinados de \_\_\_\_\_,  
(escreva legivelmente e por extenso o nome do aluno)

menor de idade, damos por meio desta nosso CONSENTIMENTO para que ele/ela participe da viagem (diurna ou de pernoite) de estudo do meio para \_\_\_\_\_ (doravante designada como “Estudo do Meio”) planejada para \_\_\_\_\_, e patrocinada pelas Escolas Públicas de Holliston. Eu/Nós EXONERAMOS e isentamos o Município de Holliston e seus departamentos, oficiais, funcionários e agentes (doravante coletivamente designados como “Holliston”), de todas e quaisquer reivindicações, danos, perdas ou despesas de qualquer tipo ou natureza que eu/nós possamos ter ou adquirir como pais ou guardiões de tal menor que se origine ou resulte, direta ou indiretamente, da participação de tal menor no Estudo do Meio. Eu/Nós também EXONERAMOS e isentamos Holliston de todas e quaisquer reivindicações, danos, perdas ou despesas de qualquer tipo ou natureza que tal menor possa ter ou adquirir que se origine ou resulte, direta ou indiretamente, de sua participação no Estudo do Meio. Eu/Nós, além disso, concordamos em defender e INDENIZAR Holliston contra qualquer reivindicação, dano, perda ou despesa de qualquer tipo ou natureza que Holliston possa ter que remunerar devido a atos ou omissões intencionais, grosseiramente negligentes ou imprudentes de tal menor enquanto ele/ela participa do Estudo do Meio.

Eu/Nós por este meio autorizamos os funcionários ou agentes de Holliston que estejam supervisionando tal menor a agir em nosso nome ao autorizar e permitir cuidados médicos de emergência para tal menor caso ele/ela adoença ou seja ferido enquanto participa do Estudo do Meio. Esta Autorização e Consentimento pode ser apresentada aos funcionários médicos de emergência apropriados no devido momento em que o cuidado médico seja requerido. Eu/Nós por este meio EXONERAMOS e isentamos Holliston de todas e quaisquer reivindicações de toda e qualquer natureza que possam surgir da decisão de proporcionar cuidados médicos de emergência.

_____	_____	_____
Assinatura do Pai/Mãe ou Guardiã	Data	Relação
_____	_____	_____
Assinatura do Pai/Mãe ou Guardiã	Data	Relação

Este formulário deve ser assinado por pelo menos um dos pais ou guardiões e devolvido à escola.

**ESTE FORMULÁRIO NÃO PODE SER ALTERADO**

**Rev. 1.0**