



LIABILITY WAIVER

☐ Birthday Party _____
Name of B-Day Boy/Girl

☐ Open Gym

☐ Special Event

I give permission for my child _____ born on ____/____/____ to participate in activity at
Please Print Name Birth Date
Fire House Movements, Inc. Before my child may participate I promise to read the following carefully and sign below.

AUTHORIZATION OF MEDICAL CARE: In case of illness or injury while with Fire House Movements, Inc. in case a parent cannot be reached, Fire House Movements, Inc. Staff may authorize medical care and treatment for the above named participant.

LIABILITY WAIVER AND RELEASE: I understand that gymnastics/tumbling, like any other situation involving height and movement, involves risk and the chance of catastrophic injury, paralysis, and even death, as well as other damages and losses associated with participation in a gymnastics/tumbling event. This child has no problems that might compromise their safe involvement. I understand that I need to provide for medical expenses for my child and forever release Fire House Movements, Inc. along with the employees, agents, officers, and directors from responsibility or liability for any losses or damages occurring as a result of my child's participation in any gymnastics/tumbling activity.

Date: ____/____/____

Parent/Legal Guardian Name (PRINT): _____ (SIGN): _____

Emergency Phone #: _____ Alternate Phone #: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Email Address: _____

815-759-1400

www.myfirehousegym.com

2506 Hiller Ridge Johnsburg, IL



LIABILITY WAIVER

☐ Birthday Party _____
Name of B-Day Boy/Girl

☐ Open Gym

☐ Special Event

I give permission for my child _____ born on ____/____/____ to participate in activity at
Please Print Name Birth Date
Fire House Movements, Inc. Before my child may participate I promise to read the following carefully and sign below.

AUTHORIZATION OF MEDICAL CARE: In case of illness or injury while with Fire House Movements, Inc. in case a parent cannot be reached, Fire House Movements, Inc. Staff may authorize medical care and treatment for the above named participant.

LIABILITY WAIVER AND RELEASE: I understand that gymnastics/tumbling, like any other situation involving height and movement, involves risk and the chance of catastrophic injury, paralysis, and even death, as well as other damages and losses associated with participation in a gymnastics/tumbling event. This child has no problems that might compromise their safe involvement. I understand that I need to provide for medical expenses for my child and forever release Fire House Movements, Inc. along with the employees, agents, officers, and directors from responsibility or liability for any losses or damages occurring as a result of my child's participation in any gymnastics/tumbling activity.

Date: ____/____/____

Parent/Legal Guardian Name (PRINT): _____ (SIGN): _____

Emergency Phone #: _____ Alternate Phone #: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Email Address: _____

815-759-1400

www.myfirehousegym.com

2506 Hiller Ridge Johnsburg, IL

FIRE HOUSE GYM
EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Fiesta de Cumpleaños

Gimnasio Abierto

Evento Especial

Doy permiso para que mi hijo(a) _____ nacido(a) el ____ / ____ / ____

participe en actividades en Fire House Movements, Inc. Antes de que mi hijo(a) participe, prometo leer cuidadosamente lo siguiente y firmar abajo.

AUTORIZACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA:

En caso de enfermedad o lesión mientras esté en Fire House Movements, Inc., en caso de que no se pueda localizar a un padre o tutor, el personal de Fire House Movements, Inc. podrá autorizar la atención y tratamiento médico necesarios para el niño(a) mencionado anteriormente.

EXENCIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Entiendo que la gimnasia/tumbling, como cualquier otra actividad que involucre altura y movimiento, implica riesgos y la posibilidad de lesiones catastróficas, parálisis e incluso la muerte, así como otros daños y pérdidas asociados con la participación en cualquier evento de gimnasia/tumbling. Este niño(a) no tiene problemas médicos que puedan comprometer su seguridad durante su participación. Entiendo que debo proporcionar cobertura médica para mi hijo(a) y libero a Fire House Movements, Inc., junto con sus empleados, agentes, oficiales y directores, de toda responsabilidad o reclamo por cualquier pérdida o daño que resulte de la participación de mi hijo(a) en cualquier actividad de gimnasia/tumbling.

Fecha: ____ / ____ / ____

Padre/Madre/Tutor Legal (nombre en letra de imprenta): _____

Firma: _____

Teléfono de emergencia #: _____ Teléfono alternativo #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____

815-759-1400

www.myfirehousegym.com

2506 Hiller Ridge, Johnsburg, IL

FIRE HOUSE GYM
EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Fiesta de Cumpleaños

Gimnasio Abierto

Evento Especial

Doy permiso para que mi hijo(a) _____ nacido(a) el ____ / ____ / ____

participe en actividades en Fire House Movements, Inc. Antes de que mi hijo(a) participe, prometo leer cuidadosamente lo siguiente y firmar abajo.

AUTORIZACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA:

En caso de enfermedad o lesión mientras esté en Fire House Movements, Inc., en caso de que no se pueda localizar a un padre o tutor, el personal de Fire House Movements, Inc. podrá autorizar la atención y tratamiento médico necesarios para el niño(a) mencionado anteriormente.

EXENCIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Entiendo que la gimnasia/tumbling, como cualquier otra actividad que involucre altura y movimiento, implica riesgos y la posibilidad de lesiones catastróficas, parálisis e incluso la muerte, así como otros daños y pérdidas asociados con la participación en cualquier evento de gimnasia/tumbling. Este niño(a) no tiene problemas médicos que puedan comprometer su seguridad durante su participación. Entiendo que debo proporcionar cobertura médica para mi hijo(a) y libero a Fire House Movements, Inc., junto con sus empleados, agentes, oficiales y directores, de toda responsabilidad o reclamo por cualquier pérdida o daño que resulte de la participación de mi hijo(a) en cualquier actividad de gimnasia/tumbling.

Fecha: ____ / ____ / ____

Padre/Madre/Tutor Legal (nombre en letra de imprenta): _____

Firma: _____

Teléfono de emergencia #: _____ Teléfono alternativo #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____

815-759-1400

www.myfirehousegym.com

2506 Hiller Ridge, Johnsburg, IL