Volunteer Participation Agreement, Release and Waiver
Youth Services - Study Bubble Membership During 2020 COVID-19 Epidemic

Name of Participant: _____ Program Location: _____

I understand that membership includes participation in the Study Bubble program activities, access to the facility amenities and WiFi during Study Bubble hours of operation, which constitutes a specific recreational youth activity operated by the City Department of Parks, Recreation and Culture. The Study Bubble activities will be staffed by City employees but is not intended to constitute overall custodial supervision, such that the City isn't providing child care by taking responsibility for the child's well-being, but simply allowing the child to participate in the specified youth activity. For 2020 Study Bubble membership during the COVID-19 Pandemic (COVID-19), I voluntarily accept, acknowledge my agreement, and will follow, as parent or guardian on behalf of my child, the following conditions or requirements:

1. Based on COVID-19, I verify that neither myself nor my child has any underlying health condition making myself or my child particularly vulnerable to COVID-19, and that I have discussed my child's participation in the program with his/her healthcare provider including considerations related to the risk of COVID-19. I verify that neither myself nor my child is showing any symptoms of COVID-19, including cough, shortness of breath or difficulty breathing, fever of 100°F or higher , chills, repeated shaking with chills, muscle pain, headache, sore throat, or new loss of taste or smell. I accept, agree and acknowledge that the City may take the temperature of my child at any time. I accept, agree and acknowledge that if my child develops these symptoms during the program or I or my child or anyone in the child's household tests positive for COVID-19, my child will not be able to participate and the Study Bubble may be closed at any time, without prior notice, in that event. I understand that if my child is removed from the program due to a suspected or confirmed case of COVID-19, they may not return without written clearance from a physician.
2. I understand and accept that if or to the extent required by any applicable Federal, State, County or local order, including but not limited to orders issued by the Governor of the State of Maryland, Montgomery County Health Board, Montgomery County Local Health Officer or the City, my child must be quarantined if he or she has traveled outside the State of Maryland during the last fourteen (14) days or does so during the program, and will comply with any such requirement. I also understand and accept that the City may deny my child's participation in that event.
3. I agree and accept the risk that the Study Bubble program could be closed at any time based on a person experiencing COVID-19 symptoms, including cough, shortness of breath or difficulty breathing, fever, chills, repeated shaking with chills, muscle pain, headache, sore throat, new loss of taste or smell, or anyone testing positive for COVID-19.
4. I agree to provide my Child with an appropriately fitting facemask for use during the program which he or she will wear at all times while attending the program, and understand and acknowledge that my Child will not be permitted to participate if he or she is not wearing a facemask. I also understand the City may provide a facemask for my child as a condition to allowing him or her to continue to participate, and hereby accept the risk and waive and release the City from all claims and liabilities of any kind related to any such facemask or the use of any facemask the City provides.
5. I accept, acknowledge and understand that the City and City staff will to the best of their ability require and enforce all applicable requirements which may assist in offering protection from the COVID-19 epidemic, as specified in the Center for Disease Control guidelines https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/guidance-for-childcare.html including but not limited to social distancing, sharing of supplies, crafts and equipment, and cleaning and hand washing, but understand the atmosphere of the program may not allow perfect enforcement and assume the risk of my child's participation and waive and release the City from all claims and liabilities of any kind related to that participation or any requirement imposed on my Child as the City and City staff makes their best efforts to comply with the attached guidelines.

_____ _____
Parent/Guardian Name Child's Name

_____ _____
Parent/Guardian Signature Date

Acuerdo de Participación Voluntaria, Exención y Renuncia de Responsabilidad
Servicios para Jovenes – Membresía del Programa de Study Bubble Durante la Epidemia COVID-19 2020

Nombre de Participante:_____ Ubicación del Programa:_____

Entiendo que la membresía incluye la participación en las actividades del programa Study Bubble, acceso a las comodidades de las instalaciones y WiFi durante las horas de operación de Study Bubble, lo que constituye una actividad recreativa juvenil específica operada por el Departamento de Parques, Recreación y Cultura de la Ciudad. Las actividades de Study Bubble serán atendidas p or empleados de la Ciudad, pero no está destinado a constituir una supervisión de custodia general, de modo que la Ciudad no estará proporcionando cuidado de niños al asumir la responsabilidad del bienestar del niño, sino simplemente permitiendo que el niño/a participe en la actividad especificada. Para membresía de Study Bubble durante la epidemia COVID-19, yo voluntariamente aceptó, reconozco mi acuerdo y seguiré, como padre o guardián de parte de mi hijo/a, las siguientes condiciones y requeridos:

1. En términos de COVID-19, confirmo que ni mi hijo/a, ni yo, tenemos ningunas condiciones de salud subyacentes que nos hace particularmente vulnerables a COVID-19, y confirmo que he conversado con el medico de mi hijo/a acerca de participación en el programa, incluyendo las consideraciones relacionadas al riesgo de COVID-19. Yo aseguro que ni mi hijo/a ni yo estamos presentando síntomas de COVID-19, incluyendo toz, falta de respiración o dificultad respiratoria, fiebre de 100◦F o más, escalofríos, estremecimiento repetido con escalofríos, dolor de músculos, dolor de cabeza, dolor de garganta, o perdida nueva de sabor u olfato. Yo estoy de acuerdo, acepto, y reconozco que si mi hijo/a desarrolla o presenta cualquiera de estos síntomas durante el programa o si yo o mi hijo/a o alguien que vive en el mismo domicilio sale positivo de COVID-19, que mi hijo/a no podrá participar y en ese caso, Study Bubble se puede cerrar en cualquier momento, sin aviso previo. Entiendo que si mi hijo/a es removido/a del programa por parte de un caso de COVID-19 posible o confirmado, que no podrá regresar sin autorización escrita de un médico.

2. Entiendo y acepto que si o en la medida requerida por cualquier orden Federal, Estatal, del Condado o Local aplicable, incluidas, entre otras, las órdenes emitidas por el gobernador del estado de Maryland, la Junta de Salud del Condado de Montgomery, el Oficial Local del Departamento de Salud del Condado, o la Ciudad, mi hijo/a debe ser puesto en cuarentena si ha viajado fuera del estado de Maryland durante los últimos catorce (14) días o lo hace durante el programa, y cumplirá con dicho requisito. También entiendo y acepto que la Ciudad puede negar la participación de mi hijo/a en ese evento.

3. Estoy de acuerdo y acepto el riesgo de que el programa de Study Bubble se pueda cerrar a cualquier momento basándose en caso que una persona presente síntomas de COVID-19, incluyendo toz, falta de respiración o dificultad respiratoria, fiebre, escalofríos, estremecimiento repetido con escalofríos, dolor de músculos, dolor de cabeza, dolor de garganta, perdida nueva de sabor u olfato, o cualquier persona saliendo positivo de COVID-19.

4. Estoy de acuerdo de proveer a mi hijo/a con una máscara facial adecuadamente a propiada para uso durante el programa el de cual él o ella tendrá puesto en todo momento mientras estando en el programa, y entiendo y reconozco que, si mi hijo/a no tiene una máscara facial puesta, no lo/a permitirán a participar. También entiendo que es posible que la Ciudad provea una máscara facial para mi hijo/a como una condición para que mi hijo/a pueda continuar participando en el programa, y de ahí acepto el riesgo y renuncio de responsabilidad a la Ciudad de Gaithersburg de cualquier reclamo relacionado con máscaras facial o uso de una máscara facial que ha sido proveído por la Ciudad de Gaithersburg.

5. Acepto, reconozco, y entiendo que el personal de la Ciudad de Gaithersburg y la Ciudad misma hará todo lo posible en requerir uso de máscaras facial y hacer cumplir con todos los requisitos que posiblemente puedan ayudar en ofrecer protección contra la epidemia, COVID-19, tal como está especificado en las guías de control por el Centro de Control de Enfermedades (el CDC): www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/guidance-for-childcare.html incluyendo pero no limitada a mantener distancia social, compartiendo de equipamiento y materiales, y limpieza y lavadas de manos, pero entiendo que hay posibilidad que el medioambiente del programa no sea perfecto para poder permitir una aplicación perfecta y asumo el riesgo que mi hijo/a participe y renuncio de responsabilidad la Ciudad de Gaithersburg de cualquier reclamo y responsabilidad relacionado con la participación o cualquier requerimiento impuesto a mi hijo/a mientras la Ciudad de Gaithersburg y personal de la Ciudad hace su mejor esfuerzo en cumplir con las guías adjuntas.

_____ _____
Nombre del Padre/Guardián Nombre de Hijo/a

_____ _____
Firma del Padre/Guardián Fecha