



**CONSENT AND RELEASE OF LIABILITY FOR
TRANSPORTATION OR RELATED SERVICES**

The Kiwanis Club of _____ an Indiana not-for-profit corporation, partners with Indiana University Health, Inc. -Riley Hospital for Children to provide transportation for Riley Families in need of such assistance. By signing below, you acknowledge your understanding, agreement and consent for you or a family member to be transported to medical appointments or other related activities by a Kiwanis Club volunteer.

Kiwanis Club of _____ makes no representations or warranties regarding the transportation services provided, and, by accepting such services, the undersigned agrees to assume all risks of the transportation service.

In consideration of this accommodation,
I release and hold the Kiwanis Club of _____,
Indiana University Health, Inc. -Riley Hospital for Children and Riley Children's Foundation harmless from any and all rights or causes of action that might arise as a result of my transportation and/or participation in this Kiwanis Club sponsored activity.

Participant

Date

Parent or Guardian if Participant is a minor

Date



**CONSENTIMIENTO Y LIBERACION DE RESPONSABILIDAD
DE TRANSPORTE O SERVICIOS RELACIONADOS**

El Club Kiwanis de _____, una corporación sin fines de lucro, esta asociado con Indiana University Health, Inc. - Riley Hospital for Children para proveer transporte a las familias del hospital Riley las cuales necesiten de está ayuda. Al firmar abajo, usted reconoce que entiende, esta de acuerdo y da consentimiento para que usted o uno de sus familiares sean transportados a citas médicas u otras actividades relacionadas, por uno de los voluntaries del Club Kiwanis.

El Club Kiwanis de _____no representa ni garantiza las servicios de transportación, y, al aceptar dichos servicios, el que suscribe acepta asumir la responsabilidad de todos los riesgos del servicio de transporte.

En consideración de esta acomodación, libero de toda responsabilidad al Club Kiwanis de _____, al Hospital Riley para niños de Indiana University Health, inc., (Indiana University Health, Inc. - Riley Hospital for Children) y a la fundación Riley para niños (Riley for Children's Foundation), libre de cualquier y todos los derechos o causas de acción que puedan ocurrir como resultado de mi participación y transportación en esta actividad patrocinada/financiada por el Club Kiwanis.

Participante

Fecha

Padre o tutor si el participante es menor de edad

Fecha

Indiana District of Kiwanis
3636 Woodview Trace, Suite 100, Indianapolis, IN 46268

(317) 578-0857, indkiw@indkiw.org