

PROGRAMA DE VERANO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ROCHESTER (RIT)
ACUERDO DE PARTICIPACIÓN Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD RELATIVO A UN(A)
HIJO(A) MENOR DE EDAD
(página 1 de 3)

Como padre/madre y/o tutor legal de _____ (el "Participante"), doy permiso para que el Participante participe en _____ (la "Actividad") en el Rochester Institute of Technology ("RIT"). Como condición previa para que el Participante participe en la Actividad, he leído el siguiente Acuerdo de Exoneración de Responsabilidad (el "Acuerdo") y acepto sus términos.

1. **Asunción de riesgo.** Entiendo que la participación en la Actividad conlleva riesgos inherentes, incluyendo, pero no limitados a, los riesgos descritos en el Formulario Detallado de la Actividad en el reverso de este Acuerdo de Exoneración de Responsabilidad. Reconozco que parte de la Actividad puede ser proporcionada por entidades externas independientes, como empresas de transporte, operadores de parques, proveedores de entretenimiento familiar ("Proveedores"). Estos Proveedores no son agentes de RIT ni están representados por RIT, y RIT no es responsable de los actos u omisiones negligentes o de otro tipo de estos Proveedores externos. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas relativas a este Formulario detallado de actividad y todas ellas han sido respondidas a mi satisfacción. Habiendo leído este formulario, tanto el Participante como yo somos plenamente conscientes de los riesgos y peligros asociados a la Actividad y, por la presente, damos nuestro consentimiento para que el Participante participe en la Actividad. Asumo voluntariamente plena responsabilidad por cualquier riesgo de pérdida, daño a la propiedad o lesión personal, incluyendo la muerte, que yo y/o el Participante suframos como consecuencia de la participación del Participante en la Actividad, a menos que sea causada por negligencia grave o mala conducta intencional de RIT, sus funcionarios, fideicomisarios, agentes, empleados o voluntarios (los "Exonerados de responsabilidad").
2. **Exoneración de responsabilidad.** En consideración a que el RIT permite al Participante participar en la Actividad, el Participante y yo acordamos no demandar a los Exonerados y liberar a los Exonerados de toda responsabilidad, reclamo, demanda, acción, causa de acción, costos y gastos ("Reclamos") de cualquier naturaleza que yo y/o el Participante podamos tener como consecuencia de cualquier pérdida, daño o lesión, incluida la muerte, que pueda sufrir yo y/o el Participante o cualquier bien de mi propiedad o del Participante, derivado de la Actividad o mientras se encuentre en las instalaciones donde se realiza la Actividad, independientemente de cómo puedan surgir tales Reclamos e independientemente de quién tenga la culpa, incluso si son causados por negligencia o culpa de los Exonerados, exceptuando aquellos Reclamos que surjan de la negligencia grave o mala conducta intencional de los Exonerados.
3. **Indemnización.** Acepto, en la máxima medida permitida por la ley, indemnizar, defender y eximir de responsabilidad a los Exonerados de cualquier pérdida, responsabilidad, daño o costo, incluidas las costas judiciales y los honorarios de abogados, en que puedan incurrir los Exonerados como consecuencia de la participación del Participante en la Actividad, a excepción de las reclamaciones derivadas de negligencia grave o mala conducta intencional de los Exonerados.
4. **Garantía de aptitud física.** Tanto el Participante como yo garantizamos que el Participante está físicamente apto y en condiciones que le permitirán participar plenamente en la Actividad. Entendemos que los Exonerados no han realizado, ni realizarán, ninguna investigación sobre la aptitud física del Participante o su capacidad para participar en la Actividad, y que los Exonerados se basan en mi garantía con respecto a la condición física del Participante. Mantengo un seguro médico que cubre al Participante por accidentes y enfermedades mientras participa en esta Actividad. Asumo toda la responsabilidad del pago de los gastos médicos no cubiertos por este seguro incurridos como consecuencia de la participación del Participante en la Actividad.
5. **Tratamiento médico de urgencia.** Otorgo a los Exonerados permiso para autorizar tratamiento médico de emergencia para el Participante, según lo consideren apropiado, y acepto que dicha acción por parte de los Exonerados estará sujeta a los términos de este Acuerdo. Entiendo y acepto que los Exonerados no asumen ninguna responsabilidad por cualquier lesión o daño que pueda surgir de o en relación con dicho tratamiento médico de emergencia autorizado.
6. **Expectativas de comportamiento.** El Participante y yo entendemos que la participación en la Actividad requiere el cumplimiento de las expectativas de comportamiento y las normas de la Actividad. Estas expectativas y normas se comunicarán al Participante durante la Actividad y están sujetas a cambios. El incumplimiento de estas expectativas y normas dará lugar a la expulsión de la Actividad. Cualquier expulsión de la Actividad como resultado de mi incumplimiento o del incumplimiento por parte del Participante de las expectativas de comportamiento no me dará derecho, ni al Participante ni a mí, a ningún reembolso, total o parcial.

**PROGRAMA DE VERANO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ROCHESTER (RIT)
ACUERDO DE PARTICIPACIÓN Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD RELATIVO A UN(A)
HIJO(A) MENOR DE EDAD
(página 2 de 3)**

7. **Liberación de talentos.** Concedo a RIT el derecho absoluto e irrevocable y la autorización sin restricciones para utilizar, reproducir, emitir, retransmitir, publicar, presentar y exhibir el nombre, la imagen, los rasgos, la voz, la identidad, el parecido, las citas o las fotografías del Participante mientras participe en la Actividad. Acepto que ni yo ni el Participante tenemos derecho a compensación alguna por el uso del nombre, imagen, rasgos, voz, identidad, parecido, citas o fotografías del Participante, ya se utilicen con fines ilustrativos, promocionales, artísticos, editoriales, publicitarios, comerciales o de cualquier otro tipo.

Es mi intención expresa que el presente Acuerdo me vincule a mí, al Participante, a los miembros de mi familia y a mi cónyuge (si lo hubiere), a mi patrimonio, herederos, administradores, cesionarios o representantes personales. Acepto que este Acuerdo y cualquier reclamación derivada de la participación en la Actividad se interpretarán de conformidad con las leyes del Estado de Nueva York, sin tener en cuenta su disposición sobre conflicto de leyes. Los tribunales del Condado de Monroe serán el foro para cualquier litigio derivado de la Actividad o relacionado con el presente Acuerdo. Las cláusulas del presente Acuerdo serán separables, de tal forma que si un tribunal competente considera que alguna de ellas es ilegal o inaplicable, la validez de las restantes no se verá afectada por este hecho.

Al firmar este Acuerdo, reconozco que he leído ambas páginas de este Formulario de Acuerdo de Exoneración de Responsabilidad, lo entiendo y acepto la obligación con respecto a sus términos. Asimismo, reconozco que soy el padre, la madre o el tutor legal del Participante y que firmo este Acuerdo de Exoneración de Responsabilidad voluntariamente.

Nombre del padre, madre o tutor (en letra de imprenta)	Firma	Fecha
Nombre del participante (en letra de imprenta)	Firma	Fecha

EL PRESENTE DOCUMENTO ES UNA RENUNCIA A LOS DERECHOS LEGALES Y UN RECONOCIMIENTO Y ASUNCIÓN DE RIESGO. LEER Y COMPRENDER ANTES DE FIRMAR.

FORMULARIO DETALLADO DE LA ACTIVIDAD

Nombre de la actividad: Pre-Employment Transition Services Week (Semana de Servicio de Transición Pre-Empieo (Pre-ETS))

Fecha(s) de actividad: 21-26 de Junio de 2026

Lugar de la actividad: Universidad Estatal de Illinois, Normal

Descripción de la actividad: Esta es una lista general de las actividades de la Semana de Servicios de Transición Pre-Empieo (Pre-ETS).

- bolos
- baile
- actividades generales de aprendizaje en laboratorios, talleres mecánicos y estudios de arte
- kickball
- película
- montaña rusa y otras atracciones del parque de atracciones

**PROGRAMA DE VERANO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ROCHESTER (RIT)
ACUERDO DE PARTICIPACIÓN Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD RELATIVO A UN(A)
HIJO(A) MENOR DE EDAD
(página 3 de 3)**

Al participar en estas actividades, usted puede estar expuesto a varios riesgos inherentes, incluidos, entre otros, los que se indican a continuación:

Entiendo que la participación en esta actividad puede ser peligrosa e implicar muchos riesgos de lesión, incluyendo pero no limitado a una lesión grave de huesos, articulaciones, ligamentos, órganos internos, así como el riesgo de muerte o discapacidad grave. Cualquiera de estas lesiones puede provocar una incapacidad permanente para participar en las actividades comerciales, sociales y recreativas de las que generalmente disfruto en la vida. Debido a los peligros que conlleva la participación en esta actividad, garantizo que conozco el uso del equipo de protección y las normas de la actividad, y me comprometo a respetar dicho uso o el equipo de protección y las normas. Soy plenamente consciente de los riesgos y peligros asociados a la actividad, y por la presente decido participar voluntariamente en esta actividad.

Formulario de información sobre la salud y el seguro médico

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO

- Mi hijo(a) tiene seguro médico. **(INCLUYA UNA FOTOCOPIA DE LA TARJETA DEL SEGURO MÉDICO - ANVERSO Y REVERSO).**

Nombre de la compañía de seguros: _____

Número de póliza o grupo: _____

Nombre del titular de la póliza (asegurado): _____

Asumo toda la responsabilidad del pago de los gastos médicos que no estén cubiertos por mi seguro y que se produzcan como consecuencia de la participación de mi hijo(a) en el programa Tiger Lab.

Firma del parent/madre/tutor: _____ Fecha: _____

- Mi hijo(a) no tiene seguro médico.

Asumo toda la responsabilidad por el pago de los gastos médicos incurridos como resultado de la participación de mi hijo(a) en el programa Tiger Lab.

Firma del parent/madre/tutor: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Declaración HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos) e información de salud y del seguro médico:

Cualquier autorización que usted proporcione al programa Tiger Lab y al RIT con respecto al uso y divulgación de la información médica y de salud de su hijo(a) puede ser revocada en cualquier momento por escrito. Después de revocar su autorización, dejaremos de utilizar o divulgar la información médica y/o sanitaria de su hijo(a) por los motivos que usted describe. Tenga en cuenta que Tiger Lab tiene la obligación de conservar y mantener registros del cuidado de su hijo(a) hasta **el 30 de septiembre de 2026**.

Doy permiso para que el personal de Tiger Lab y los empleados del Rochester Institute of Technology utilicen y/o divulguen información médica y de salud protegida acerca de las condiciones médicas u otras condiciones de salud de mi hijo(a) con el fin de llevar a cabo el tratamiento necesario.

Nombre del estudiante (en letra de imprenta): _____

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Nombre del parent/madre/tutor (en letra de imprenta): _____

Firma del parent/madre/tutor: _____ Fecha: _____

HISTORIAL MÉDICO

FORMULARIO MÉDICO (a completar por el médico)

Nombre del estudiante: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

M / F (Marque con un círculo)

HISTORIAL DE VACUNACIÓN

El Departamento de Salud del Estado de Nueva York exige un historial completo de vacunación para cada estudiante inscrito en el programa Tiger Lab program. Esta información debe ser completada por el médico o enfermero certificado del estudiante.

También pedimos que se notifique al Coordinador del Programa de Outreach Youth Program si el estudiante ha estado expuesto a alguna enfermedad contagiosa en las tres semanas previas al inicio del programa.

El estudiante no podrá matricularse hasta que tengamos esta información en nuestros archivos.

DTaP (Difteria, tétanos y tos ferina) Indicar las fechas en que se recibió	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
HIB (Hemophilus influenza tipo B) Indicar las fechas en que se recibió	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	Refuerzo
HB (Hepatitis B) Indicar las fechas en que se recibió	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	
Polio (oral no activada) Indicar las fechas en que se recibió	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	
MMR (Sarampión, paperas, rubéola) Indicar las fechas en que se recibió	1 ^a	2 ^a			
Varicela Indicar las fechas en que se recibió	1 ^a	2 ^a			
Tdap (Tétanos, difteria y tos ferina) Indicar las fechas en que se recibió	1 ^a	Refuerzo	TB Mantoux (Prueba cutánea de la tuberculina) ¿Prueba realizada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:

Cualquier medicamento de venta libre debe ser recetado por un médico con el nombre completo del campista, su fecha de nacimiento y una fecha de caducidad válida que no caduque antes del inicio del programa, y debe estar en su envase original. Algunos ejemplos de medicamentos de venta libre incluyen, entre otros, Tylenol, Advil, Benadryl, Midol y Tums.

Todos los medicamentos deben estar en su vial original y deben ir acompañados de una receta escrita específica para el paciente, emitida por un médico autorizado. El etiquetado de la farmacia NO es suficiente.

No se aceptarán medicamentos en pastilleros, bolsas Ziploc, etc.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CONDICIÓN MÉDICA	DOSIS	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	HORA (AM/PM) o con comida

Enumere cualquier restricción de actividad:

Verifco que todas las vacunas están al día para el estudiante arriba mencionado.

Nombre del médico o enfermero certificado

Dirección del médico

Firma del médico
(OBLIGATORIO)

Fecha

HISTORIAL MÉDICO

Indique las enfermedades infantiles que ha tenido el estudiante y complete la información sobre la condición física actual del estudiante. Si el estudiante no ha tenido esa enfermedad o enfermedad, marque la casilla "No".

ENFERMEDADES INFANTILES	Sí	No	Fecha	CONDICIONES FÍSICAS ACTUALES	Sí	No
Varicela				Asma		
Sarampión alemán				Trastorno de sangrado/coagulación		
Sarampión				Cáncer		
Paperas				Convulsiones/ataques		
				Diabetes		
				Infecciones de oído frecuentes		
ALERGIAS				Defecto/enfermedad cardíaca		
Fiebre del heno				Hipertensión arterial		
Reacción a una picadura de insecto				Enfermedad renal		
Penicilina				Enfermedad pulmonar		
Hiedra venenosa, roble venenoso, etc.				Deficiencia visual		

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

¿Tiene el estudiante alguna alergia alimentaria/medicamentosa/de otro tipo? En caso afirmativo, indíquelo.

¿Tiene el estudiante dificultades de movilidad o de visión? En caso afirmativo, explíquelo.

¿Ha estado el estudiante bajo algún tipo de atención médica en los últimos tres meses? En caso afirmativo, explíquelo.

Explique cualquier tratamiento que el estudiante esté recibiendo actualmente o haya recibido en el pasado con respecto a su salud física, mental o emocional.

¿Sigue el estudiante una dieta especial? En caso afirmativo, explíquelo.

¿Debe restringirse el estudiante en materia de recreación? ¿En qué sentido?

¿Hay algo más que debamos saber sobre el estudiante o cualquier otra necesidad especial que pueda tener? (por ejemplo, salud mental)

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto principal: _____

Relación: _____

Teléfono de día: (_____) _____ Teléfono de noche: (_____) _____

Nombre del contacto secundario: _____

Relación: _____

Teléfono de día: (_____) _____ Teléfono de noche: (_____) _____

I give permission for the camp medical director to administer medication as dictated by prescription.

Nombre de los padres/guardianes (imprima): _____

Firma de los padres/guardianes: _____ Fecha: _____

Laboratorio Tiger

Normal—21 al 26 de junio de 2026

Expectativas y directrices para los participantes

Las siguientes expectativas y directrices tienen por objeto proporcionar una experiencia positiva y ayudar a garantizar que todos los participantes se traten entre sí, a sí mismos y al personal de RIT/NTID (Instituto Técnico Nacional para Sordos del Instituto Tecnológico de Rochester) con respeto y consideración. Además de cumplir con todas las leyes federales, estatales y locales*, esperamos que los participantes cumplan con las directrices que se indican más abajo. Todo estudiante que muestre alguno de los comportamientos que se describen a continuación, podrá ser objeto de medidas disciplinarias.

Alcohol: El consumo o posesión de bebidas alcohólicas está prohibido en todas las residencias de la Universidad Estatal de Illinois, independientemente de la edad o circunstancias del participante.

Asistencia: Los participantes del Programa RIT/NTID de Illinois deben asistir a todas las actividades del programa.

Conducción: Los participantes del Programa RIT/NTID de Illinois no pueden conducir un vehículo ni viajar en el vehículo de un participante durante los programas. Pedimos a los estudiantes que no traigan vehículo al campus. Si lo hacen, se les pedirá que dejen las llaves del vehículo con el coordinador del programa.

Drogas: RIT/NTID prohíbe explícitamente el uso, posesión, venta, fabricación o tráfico de drogas ilegales en las instalaciones de la Universidad Estatal de Illinois. Se aplican las leyes federales, estatales y locales relativas al consumo de drogas.

Comportamiento peligroso: Se prohíbe toda conducta que amenace o ponga en peligro la salud y/o la seguridad de una o más personas, lo que incluye, entre otras cosas, salir de un edificio por la ventana o arrojar objetos por la ventana. La persistencia en un comportamiento inadecuado y/o la infracción de estas normas derivará en la posible expulsión de los programas de RIT/NTID de Illinois. Los padres/tutores se harán cargo de los gastos de regreso a casa de su hijo(a).

Las armas de fuego (cuchillos, flechas, etc.) no están permitidas en el campus. La posesión de un arma o de cualquier objeto percibido como tal por el personal del programa, derivará en la suspensión automática y la expulsión del programa de verano.

Seguridad contra incendios: Está prohibido provocar un incendio, causar una falsa alarma de incendio o provocar una situación irrazonable que cree un peligro para la seguridad contra incendios.

Llaves/Tarjetas de comidas: Los participantes que reciban una llave de habitación, una tarjeta de comida y/o ropa de cama son responsables de devolver todos los artículos a la salida.

Puede haber un cargo de hasta \$125 por cualquier llave o tarjeta de comida no devuelta a Operaciones de Alojamiento.

Salida del campus: Los estudiantes del Programa RIT/NTID de Illinois no pueden salir del campus durante el programa a menos que se hayan hecho arreglos previos entre el estudiante, los padres y el coordinador del programa.

Privacidad: Los participantes del Programa RIT/NTID de Illinois deben respetar la intimidad de los demás y no deben entrar en las habitaciones de otros estudiantes sin su permiso.

Horas de silencio: Las horas de silencio son las comprendidas entre las 11:00 P.M. y las 7:00 A.M. Se prohíben las conductas que perturben la paz de la comunidad.

Residencia universitaria: Los participantes del Programa RIT/NTID de Illinois deberán estar en su propia habitación con la puerta cerrada a las 11:00 P.M. Los estudiantes no pueden salir de sus dormitorios entre las 11:00 P.M. y las 7:00 A.M. Todas las entradas a las residencias estarán cerradas por seguridad y no se entregarán llaves de la puerta principal a los huéspedes. Deben cuidar de su habitación y no deben retirar muebles ni mosquiteras de la habitación. Si es sorprendido infringiendo estas directrices, el estudiante puede ser expulsado del programa.

Conducta sexual inapropiada: Todas las formas de conducta sexual inapropiada, incluyendo cualquier forma de contacto sexual no deseado, están expresamente prohibidas.

Política de fumar: De acuerdo con las Regulaciones de Salud Pública del Condado de Normal, está prohibido fumar en todas las zonas de alojamiento y áreas académicas de la Universidad Estatal de Illinois.

Robo: Se prohíbe el intento o la posesión no autorizada de bienes del RIT/NTID o de la Universidad Estatal de Illinois o de otros bienes personales o públicos.

Vandalismo: Se prohíbe el intento, el daño real o la alteración de la propiedad del RIT/NTID o de la Universidad Estatal de Illinois o de otra propiedad personal o pública.

He leído las Expectativas y directrices para los participantes y me comprometo a cumplirlas. Entiendo que, si no cumple estas directrices, se podrá contactar a mis padres o tutores o se me podrá expulsar del programa sin derecho a reembolso.

Firma del estudiante/participante: _____ Fecha: _____

Firma del parent/madre/tutor: _____ Fecha: _____

*El consumo de alcohol, drogas, cigarrillos o vaporizadores está estrictamente prohibido a los menores de 21 años, independientemente de las leyes federales, estatales y locales.

Dispositivos Electrónicos

Estimados padres/tutores:

RIT/NTID se esfuerza por garantizar que sus hijos tengan una experiencia inmersiva de alta calidad mientras están con nosotros en "Tiger Lab". Para ayudar a garantizar esto, los dispositivos electrónicos están prohibidos durante Tiger Lab. Vemos muchos beneficios de "desconectar", entre ellos:

- Pérdida, robo o daño a los dispositivos minimizado.
- Ciberacoso, se evitan las publicaciones de videos inapropiadas.
- Alienta a los estudiantes a desarrollar/aumentar sus habilidades sociales, independencia, resiliencia y habilidades para resolver problemas, además de fomentar amistades

Revise nuestra política con su hijo(a). ¡Esperamos contar con su hijo(a) este verano!

Saludos cordiales,

RIT/NTID Youth Programs

Política

Existe una política sobre teléfonos electrónicos/dispositivos electrónicos para todos los programas de extensión del RIT/NTID (Instituto Técnico Nacional para Sordos del Instituto Tecnológico de Rochester).

Como entendemos que los estudiantes necesitan mantener sus dispositivos electrónicos para ir y volver del programa (especialmente aquellos que viajan en avión, autobús o tren sin un parente/tutor), recogeremos el dispositivo móvil de los estudiantes durante el primer día de este programa, al momento de registrarse, y devolveremos sus dispositivos el último día del programa. Si un estudiante necesita utilizar Internet, el teléfono o un videoteléfono para llamar comprobar el estado de sus preparativos de viaje, nos encargaremos de ello.

Sin embargo, durante la duración del programa, no se permite a los estudiantes poseer un teléfono móvil/celular o cualquier otro dispositivo electrónico por ningún motivo en el campus. A cualquier estudiante que infrinja esta política se le retirará su teléfono móvil/celular hasta el último día del programa.

NOTA: Si se retira un teléfono móvil/celular, nos pondremos en contacto con los padres/tutores para comunicarles la situación y, a continuación, lo guardaremos bajo llave para su custodia hasta el final del programa.

Si se confisca un dispositivo que no sea un teléfono móvil/celular (como un iPad, una tableta y similares), se enviará de vuelta, con seguro, al domicilio del alumno con cargo a la familia.

Si tiene alguna duda, puede ponerse en contacto con nosotros en NTIDOutreach@rit.edu o llamándonos al (585) 286-4555 o mensaje de texto al 585-448-9651. Al firmar este documento, usted acepta cumplir la política sobre teléfonos electrónicos/celulares de este programa.

Participante

Fecha

Padre/madre/tutor, si es menor de 18 años

Fecha

Laboratorio Tigre

Normal — 21 al 26 de junio de 2026

Plan de transporte

Usted es responsable de organizar el transporte de ida y vuelta al programa. **Indique a continuación cómo llegará al campus el domingo 21 de junio de 2026 y cómo se marchará el viernes 26 de junio de 2026.**

Llegada (*La fecha y hora de llegada debe ser el domingo 21 de junio entre la 1:00 p.m. y las 3:00 p.m.*)

¿Cómo llega?

- Automóvil (Nombre del conductor: _____))
 Autobús Tren Avión: Aeropuerto de Fresno (FAT)

Si viaja en autobús, avión o tren, necesitamos una copia legible de los boletos/itinerario.

Servicio de transporte - El costo es de \$10 por persona, a pagar en el momento de la recogida.

Por favor, realice la reserva de transporte en mi nombre para mi llegada. Sí No

Salida (*La fecha y hora de salida no debe ser posterior a las 11:00 a.m. del viernes 19 de junio*)

¿Cómo se marcha?

- Automóvil (Nombre del conductor: _____))
 Autobús Tren Avión: Aeropuerto de Fresno (FAT)

Si viaja en autobús, avión o tren, necesitamos una copia legible de los boletos/itinerario.

Servicio de transporte - El costo es de \$10 por persona, a pagar en el momento de la recogida.

Por favor, realice la reserva de transporte en mi nombre para mi llegada. Sí No

Puede pagar en línea en www.rit.edu/ntid/outreach/payments

RIT no asume ninguna responsabilidad asociada a estos acuerdos de transporte, y el participante o tutor acepta eximir a RIT de cualquier responsabilidad, reclamación o daño resultante del uso del servicio de transporte.

Nombre del estudiante: _____ Nombre del parente/madre/tutor: _____

Firma del estudiante: _____ Firma del parente/madre/tutor: _____