

**State of [INSERT STATE]**

**HOLD HARMLESS**

**AGREEMENT**

**[COMPANY NAME HERE]**

**Company street address here**

**City State, Zip Codes**

**123-456-7890, 111-222-3333**

**www.email123@email.com**

I, the undersigned participant, request voluntary participation for myself to participate in the \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ activity on \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (date) which begins at \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (time) and

ends at \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (time)

Sponsored by Concordia University Irvine all of which are hereafter referred to as the “activity”.

I consent to participation in the activity and acknowledge that I fully understand my participation may involve risk of serious injury or  death, including losses which may result not only from my own actions, inactions or negligence, but also from the actions, inactions, or negligence of others, the condition of the facilities, equipment ,or areas where the event or activity is being conducted, an/ or the rules of play of this type of event or activity.  I understand that if I have any risk concerns, I should discuss the risks associated with my participation with the activity coordinators and event staff, before I sign this document and before the activity begins.

I certify that I am in good health and have no physical condition that would prevent participation in this activity.  Furthermore, I  agree to use my personal medical insurance as a primary coverage payment if accident or injury occurs.  I consent to emergency  medical treatment in the event such care is required.

I agree that photographs pictures, slides, movies, video, or other media coverage of me may be taken in connection with my participation in the activity without compensation from Concordia University Irvine and the officers, employees, and agents of each of  them and consent to use of photographs, pictures, slides, videos, or other media coverage for any legal purpose.

Knowing and understanding the risks involved with participation in the activity, I hereby voluntarily and willingly assume responsibility for all the risks and dangers associated with my participation in the activity.  I agree I am financially responsible forany losses  resulting from my actions and will indemnify Concordia University Irvine and the officers, directors, employees, and agents of each  of them, for any loss or damage caused by myself during this activity.

In consideration of my participation in the activity, I hereby waive all claims or causes of action against Concordia

UniversityIrvine  and the officers, directors, employees, and agents of each of them arising out of my participation in the activity and herebyforever  release, hold harmless, and discharge Concordia University Irvine and the officers, directors, employees, and agents of each of  them from all liability in connection therewith except as such loss or damage which was caused by the sole negligence or willful   misconduct of Concordia University Irvine and its officers, directors, employees, representatives and volunteers, and the officers,  directors, employees, and agents of each of them.

I have read this release and hold harmless agreement and understand the terms used in it and their legal significance This waiver  and release are freely and voluntarily given with the understanding that right to legal recourse against Concordia University Irvine  and the officers, directors, employees and agents of each of them is knowingly given up in return for allowing my participation in the  activity.  My signature on this document is intended to bind not only myself but also my successors, heirs, representatives, administrators, and assigns.Please utilize the space below to provide any medical/prescription information that you request be released to emergency medical providers.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_          \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Participant’s Signature     Date Address

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_          \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Emergency contact name  (Area Code) Phone Number  Relationship to participant