**Liability Waiver**

#### 1. I am participating in a Nature Walk at 2335 Sandy Lake Rd, Carrollton, TX 75006 offered by On Eagles Wings d/b/a Woven Health Clinic on April 30, 2022.

2. During this event, I will receive information and instruction about mental health, health and wellness. I recognize this Nature Walk may require physical exertion, which may be strenuous and may cause physical injury, and I am fully aware of the risks and hazards involved.

3. I understand that it is my responsibility to consult with a physician prior to and regarding my participation in the classes and/or workshops. I represent and warrant that I am physically fit and I have no medical condition that would prevent my full participation in the Nature Walk.

4. In consideration of being permitted to participate in the Nature walk, I agree to assume full responsibility for any risks, injuries or damages, known or unknown, which I might incur as a result of participating in the workshop/classes.

 5. In further consideration of being permitted to participate in this Nature I knowingly, voluntarily and expressly waive any claim I may have againstOn Eagles Wings d/b/a **Woven Health Clinic**, its board members or its management or its officer/s or its employee/s for injury or damages that I may sustain as a result of participating in the program.

6. I, my heirs or legal representatives forever release, waive, discharge and covenant not to sue On Eagles Wings d/b/a **Woven Health Clinic**, its board members or its management or its officer/s or its employee/s for any injury or death caused by negligence or other acts.

7. I have read the above Release and Waiver of Liability and fully understand its contents. I voluntarily agree to the terms and conditions stated above.

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

NAME SIGNATURE

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

DATE

**Exención de responsabilidad**

1. Estoy participando en una caminata por la naturaleza en 2335 Sandy Lake Rd, Carrollton, TX 75006 ofrecida por On Eagles Wings d/b/a **Woven Health Clinic** el 30 de Abril de 2022.

2. Durante este evento, recibiré información e instrucción sobre salud mental, salud y bienestar. Reconozco que esta caminata por la naturaleza puede requerir esfuerzo físico, que puede ser extremos y puede causar lesiones físicas, y soy plenamente consciente de los riesgos y peligros involucrados.

3. Entiendo que es mi responsabilidad consultar con un médico antes y con respecto a mi participación en la caminata por la naturaleza. Declaro y garantizo que estoy en buena forma física y que no tengo ninguna condición médica que me impidir participar plenamente en la caminata por la naturaleza

4. En consideración a que se me permita participar en la caminata por la naturaleza, acepto asumir toda la responsabilidad por cualquier riesgo, lesión o daño, conocido o desconocido, en el que puedan ocurrir como resultado de participar en la caminata.

 5. En consideración adicional de que se me permita participar en esta caminata por la naturaleza, renuncio a sabiendas, voluntaria y expresamente a cualquier reclamo que pueda tener contra On Eagles Wings d/b/a **Woven Health Clinic**, sus miembros de la junta o su gerencia o su oficial/es o su empleado/s por lesiones o daños. que pueda sostener como resultado de participar en el programa.

6. Yo, mis herederos o representantes legales liberamos, renunciamos, descargamos y acordamos para siempre no demandar a On Eagles Wings d/b/a **Woven Health Clinic**, sus miembros de la junta o su gerencia o su oficial/es o su empleado/s por cualquier lesión o muerte causada por negligencia u otros actos.

7. He leído la Liberación y Exención de Responsabilidad anteriores y entiendo completamente su contenido. Acepto voluntariamente los términos y condiciones establecidos anteriormente.

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

NOMBRE FIRMA

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

FECHA