

Employee Wellness Activity Waiver

Name: _____

Are you an Employee Wellness participant? Yes No

If yes, please provide your EIN: _____

This Activity Waiver & Release for Employee Wellness activities between 1st day of January to 31st day of December 2025, including, but not limited to, yoga, stretching, walking, running, hiking, participating in sports or lawn games, service projects, and team building activities.

RELEASE OF CLAIM AGAINST SALT LAKE COUNTY

By signing below I certify that the above is true, and I hereby release, indemnify and hold harmless Salt Lake County, its directors, officers, and the Salt Lake County Employee Wellness team and any or all of their affiliates or employees from and against any and all liability for any claims, demands, injuries, damages, action or causes of action, whatsoever, arising out of my participation in events held by Employee Wellness of Salt Lake County.

I acknowledge that I do not have any physical limitations, medical ailments, physical or mental disabilities that would limit or prevent me from participating in the above activities.

SIGNATURE

DATE

Exención por Actividades de Employee Wellness

Nombre: _____

¿Participa en Employee Wellness? Sí No

En caso de que sí, indique su EIN: _____

Esta Renuncia y Exención de Responsabilidad para Actividades de Employee Wellness entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025, incluyendo, pero no limitado a, yoga, estiramientos, caminar, correr, senderismo, participación en deportes o juegos de césped, y actividades de trabajo en equipo.

RENUNCIA A LA DEMANDA CONTRA EL CONDADO DE SALT LAKE

Al firmar a continuación certifico que lo anterior es cierto, y por la presente libero, indemnizo y no hago responsable al Condado de Salt Lake, sus directores, funcionarios, y el equipo de Employee Wellness del Condado de Salt Lake y cualquiera o todos sus afiliados o empleados de y contra cualquier y toda responsabilidad por cualquier reclamo, demanda, lesión, daño, acción o causa de acción, cualquiera que sea, que surja de mi participación en los eventos celebrados por Employee Wellness del Condado de Salt Lake.

Reconozco que no tengo ninguna limitación física, dolencias médicas, discapacidades físicas o mentales que me limiten o impidan participar en las actividades anteriores.

FIRMA

FECHA