PASEO Y EXCURSION
PERMISO DE PADRES,
RENUNCIA A INMUNIDAD
AUTORIZACION DE TRATAMIENTO MEDICO

DISTRITO _____

Nombre del Estudiante: _____ tiene permiso de participar en el siguiente paseo:

Destino/Naturaleza de la Actividad:_____
(Por favor especifique, e.g., Dairy Tour/Washington DC trip.)

Instrucciones Especiales: _____
(e.g. Lleve su almuerzo, o "vea las instrucciones agregadas".)

Fecha de Salida: _____ Hora: _____ Fecha de Regreso: _____ Hora: _____

Lugar de Salida: _____Lugar de Regreso: _____

Persona Encargada: _____ Posición: _____Escuela: _____
¿Su hijo/a va a necesitar un almuerzo de la cafeteria? Sí No
Tipo de Transporte: ☐ Autobús del Distrito ☐ Caminando ☐ Otro: _____

Necesidades Especiales o de Salud: Marque las necesarias y agregue instrucciones si es necesario.

◯ Mi estudiante no tiene necesidades de salud especiales de las cuales el personal tenga que saber y no se requiere medicamentso en el paseo.

◯ Mi estudiante tiene necesidades especiales y las instrucciones estan agregadas. Número de páginas: _____.

◯ Mi estudiante tiene las siguientes alergias:

◯ Otra: _____

En el evento de enfermedad o herida, yo doy mi consentimiento para cualquier examen de rayos-x, anestesia, médico, sirugía o evaluación del doctor a cargo, sirujano, o dentista y realizado bajo la supervisión de un miembro de personal médico del hospital o lugar quien provee los servicios médicos o dentales.

Yo totalmente entiendo que los participantes se atienen a las reglas y regulaciones governadas de conducta durante el paseo.

INMUNIDAD: Estipulado por en Código Educacional de California Sección 35330, todas las personas en el paseo o excursión renuncian a sus derechos de cualquier demanda en contra del Distrito por heridas, accidentes, enfermedades o muerte que pueda ocurrir durante o por motivo al paseo o excursión y todos los padres o guardianes de los alumnos que vaya a un paseo fuera del estado o excursiones van a firmar una declaración renunciando a sus derechos.

RENUNCIA: Esta provisión no limita, en ninguna extensión , la inmunidad de responsabilidad de recursos del Distrito bajo el Código Educacional de California Sección 35330. Yo estoy de acuerdo, de parte mía y de mi hijo/a quien nombro en éste papel, a renunciar , liberar, sin daños y indemnizar el Distrito, sus oficiales, empleados y agentes por toda responsabilidad o demanda, la cual puede suceder por o en conección con la participación de mi hijo/a en el paseo o excursión.

_____ _____ _____
Firma (Padres/Guardianes) (Por Favor Imprima su Nombre) (Fecha)

Tel. del Trabajo de los Padres ( ) _____ Tel. de Casa de los Padres ( )_____ Fecha de Nacimieto del Estudiante _____

Aseguranza Médica de la Familia: _____ Número de Póliza:_____
(e.g., Blue Cross)

En el evento de una emergencia, por favor llame a:

_____ _____ Tel. Trabajo ( ) _____
Tel. Casa ( ) _____
(Nombre) (Relación) Tel. Celular ( ) _____