

TULSA PUBLIC SCHOOLS

HEALTH SERVICES



DEVUELVA ESTE PERMISO
NO MAS TARDE QUE _____

**PERMISO PARA HACER UN VIAJE ESCOLAR Y
AUTORIZACION PARA CUIDADO DE EMERGENCIA A MENORES DE EDAD
ESCUELA _____**

_____ tiene mi permiso par air con su clase en viajes escolares por el ano escolar de 20____ a 20____. Los padres recibiran por adelantado los cambios o informacion de otras excursions. Miembros de la facultad acompanaran a los alumnus. El/Ella saldra del edificio _____ por _____ a las _____ a.m./p.m. Cada excursion durara aproximadamente _____ horas.

Las siguientes excursions estan planeadas para el ano escolar de 20____ - 20____.

En caso de la necesidad para atencion medica (en el juicio del personal escolar) para este alumno de menor edad durante la excursion, yo/nosotros autorizo/autorizamos transporte por ambulancia, examinacion por rayo x, anesthesia, diagnosis dental, medica o quirurgica o tratamiento por el servicio de ambulancia, medico, dentista o servicios de hospital o cualquier otros servicios medicos de emergencia a dicho menor sin importer si el tratamiento se hace en la oficina del medico, del dentista o en el hospital.

Esta entendido que este permiso esta dado antes de que cualquier diagnosis o tratamiento sea requerido y esta dado para alentar a las personas que tienen custodia del menor de edad y Dicho medico o dentista para usar su major juicio en la diagnosis, tratamiento medico, dental o quirurgico. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que yo/nosotros acepto/aceptamos completa responsabilidad financiera por el cuidado proveido.

(Firma del Padre/Guardian Legal o Persona Responsable
Para el Cuidado del Alumo)

(Fecha)

(Firma del Padre/Guardian Legal o Persona Responsable
Para el Cuidado del Alumo)

(Fecha)

HD 57 (S)