

## Excursión – Formulario de Permiso, Renuncia y Descargo

Carrollton-Farmers Branch ISD tiene el placer de ofrecerles a los estudiantes la oportunidad de participar en una excursión. La participación en esta excursión es voluntaria. Le suplicamos leer y firmar este formulario como condición de participación.

En calidad de padre/tutor, deseo que mi hijo o pupilo participe en la excursión, y aquí mismo doy mi permiso. Esta participación incluye viaje de ida y vuelta a la actividad.

### Código de Conducta Estudiantil y Manual Estudiantil

Confirmando que recibí copias del Código de Conducta Estudiantil y del Manual Estudiantil de Carrollton- Farmers Branch ISD, y que los consulté junto con mi hijo/pupilo. Mi hijo/pupilo y yo comprendemos que la excursión y los eventos, actividades y experiencias relacionadas con la misma son eventos relacionados con la escuela, y que todas las reglas y los reglamentos asentados en el Código de Conducta Estudiantil y en el Manual Estudiantil estarán vigentes. Comprendo y confirmo que si mi hijo/pupilo no respeta estas reglas y reglamentos, podría yo tener que recogerlo/la temprano en la ubicación de la excursión.

### Transportación

Comprendo y reconozco que la transportación para mi hijo/pupilo se llevará a cabo ya sea en vehículos propiedad de, y operados por Carrollton-Farmers Branch ISD, o en otros vehículos que no son propiedad de, u operados por Carrollton-Farmers Branch ISD. Por este medio exonero y descargo a Carrollton-Farmers Branch, a sus empleados, oficiales, agentes y representantes, de todo cargo que pueda yo tener, o crea yo tener en contra de Carrollton-Farmers Branch ISD, sus empleados, oficiales, agentes y representantes, por daños personales, conocidos o no, y por cualquier daño, sabido o por conocer, a la propiedad, causado por la transportación arriba descrita.

### Permiso y Descargo

**Me comprometo a asumir toda responsabilidad conectada con la participación de mi menor/pupilo en esta excursión. También prometo mantener indemnes a Carrollton-Farmers Branch ISD, a sus concejales, empleados y agentes, de toda causa y acción que yo o mi hijo tengamos, o pudiéramos tener en el futuro, incluyendo toda responsabilidad por daños y perjuicios que pudieran ocurrirle a mi hijo o a mi persona como resultado de su participación en esta excursión. Prometo mantener indemnes a Carrollton-Farmers Branch ISD, a sus concejales, empleados y agentes, de toda reclamación efectuada por terceras partes contra ellos, a nombre de mi hijo/pupilo, o que pudiera resultar de la acción de mi hijo durante la excursión.**

Nombre de estudiante

# de ident escolar de estudiante

Nivel de grado de estudiante

Salón del estudiante

**Permiso para tratamiento médico \***

Estoy de acuerdo

*Autorizo a los patrocinadores de este evento, a nombre de Carrollton-Farmers Branch ISD, en caso de emergencia médica durante el evento, a permitir tratamiento médico para mi hijo o pupilo.*

---

**Permiso para administración de medicamentos \***

Estoy de acuerdo

*Solicito a los patrocinadores de este evento que le administren a mi hijo los medicamentos mencionados en este formulario. Reconozco que la escuela no se responsabilizará regularmente por administrar drogas o medicamentos, o por supervisor o participar en automedicación, lo cual seguirá siendo mi responsabilidad. Comprendo que la escuela no está legalmente obligada a almacenar o a administrar medicamentos a estudiantes, y no lo hará ni temporalmente ni de forma regular, a excepción de tener un acuerdo especial. Antes de que la escuela administre un medicamento, yo proporcionaré el dicho medicamento en el envase de farmacia original, con el nombre del estudiante y las indicaciones del médico claramente visibles en la etiqueta, y entregaré una autorización escrita y firmada por un médico, y que incluya instrucciones completas.*

---

**Fecha de nacimiento del/a estudiante \***

**Nombre de compañía de seguro médico \***

**Número de identificación para seguro médico \***

**Tel de seguro médico \***

Proporcionaré autorización por escrito y firmada de parte de un médico, incluyendo indicaciones completas.

**Mi hijo/pupilo es alérgico a \***

**Mi hijo/pupilo sufre de las siguientes condiciones médicas \***

**Mi hijo/pupilo toma las siguientes medicinas de receta \***

He leído este formulario de Permiso, Renuncia y Descargo y comprendo todos sus artículos y condiciones. Ejecuto este formulario de Permiso, Renuncia y Descargo voluntariamente y con pleno conocimiento de su significado.

- Doy mi permiso para que mi hijo participe en la actividad arriba mencionada.
- Niego permiso para que mi hijo participe en la actividad arriba mencionada.

**Nombre de padre/tutor**

**E-mail de padre/tutor**

**Tel de padre/ tutor**

*Esta información será visible para el autor del envío y los administradores de ParentSquare*

**Firma**

**Fecha**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------