

VICTOR VALLEY UNION HIGH SCHOOL DISTRICT  
RENUNCIA VOLUNTARIA Y AUTORIZACIÓN MÉDICA DE UN MENOR AL VIAJE/EXCURSIÓN DE ESTUDIOS

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ por este medio doy mi permiso para que \_\_\_\_\_ participe en la  
(Nombre del padre o tutor) (Nombre del estudiante)

excursión académica \_\_\_\_\_ como parte de

su programa escolar regular. Esta excursión se llevará a cabo de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_.  
(Mes) (Año) (Mes) (Año)

Método de transportación: *Autobús escolar o charter / vehículo privado o escolar.*

Entiendo completamente que mi estudiante debe cumplir con todas las normas y reglas de conducta durante la excursión académica. Se entiende que cualquier estudiante determinado(a) a violar estos estándares de conducta, regresará a casa bajo el costo económico de los padres o tutores.

Entiendo y reconozco que conforme a la Sección 35330 del código de educación, al dar consentimiento para permitir que mi estudiante participe en esta excursión académica, yo, según la ley, habré renunciado a todas las quejas contra Victor Valley Union High School District y cada uno de sus oficiales, empleados y agentes (de aquí en adelante colectivamente referido como 'Distrito') por cualquier lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurra durante o por razones de la excursión académica. También estoy de acuerdo quitar al distrito de cualquier responsabilidad de daño a o pérdida de la propiedad de mi estudiante que ocurra durante o por razones de la excursión académica.

En caso de cualquier enfermedad o lesión, por este medio doy mi consentimiento de cualquier rayo X, examen, anestésico, diagnóstico o tratamiento médico, dental, quirúrgico y cuidado en el hospital por un médico autorizado y/o cirujano como se determine necesario por la seguridad y bienestar social de mi estudiante. Se entiende que los gastos que resulten serán la responsabilidad del (de los) padre(s), tutor(es) o participante. (Siempre que sea posible, se intentará comunicar con el padre/tutor antes de tomar cualquier acción médica.)

_____ / _____ / _____			
Firma del padre o tutor	Fecha	Dirección	No. telefónico
_____ / _____ / _____		Papá _____	
Firma del estudiante	Fecha	No. telefónico del trabajo	
		Mamá _____	
		No. telefónico del trabajo	
_____ / _____			
Compañía de seguro médico		Numero de póliza	

EN CASO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y DE NO PODER COMUNICARSE CON LA PERSONA SUSODICHA, POR FAVOR COMUNICARSE CON: \_\_\_\_\_

Nombre Dirección No. telefónico

**OBSERVACIÓN ESPECIAL A PADRES/TUTORES:**

(1) Todo el medicamento se debe registrar en esta forma; (2) todo el medicamento, excepto aquel que deba llevar consigo el estudiante en caso de emergencia, el personal lo debe guardar y distribuir; (3) \_\_\_\_\_ MARQUE AQUÍ si no hay algún problema especial del cual el personal debe estar consciente y que no requiere algún medicamento durante la excursión; (4) si el estudiante debe tomar algún medicamento o fármaco, enumérela. *Nombre del fármaco y razón:* \_\_\_\_\_

Si su hijo o hija tiene un problema médico especial, por favor adjunte una descripción del problema a esta hoja.

RECUERDE, EL DISTRITO ESCOLAR **NO** LLEVA SEGURO DE ACCIDENTES DE ESTUDIANTES. SE PUEDE EXCLUIR AL/(A LA) ESTUDIANTE DE LA EXCURSIÓN ACADÉMICA SI NO LLENA ESTA FORMA.