



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 exoneró 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"/>
----------------------	----------------------