

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PALO ALTO
Permiso De Los Padres/Apoderados, y Autorización Médica (Para El Menor)

Para Paseos de Día Auspiciados por el Distrito o la Escuela

(Si considera que es inapropiado que su estudiante asista, por favor comuníquese con el patrocinador/a del paseo.)

Destino: _____ Escuela: _____

Fecha: _____ Hora de Partida: _____ Hora de Retorno: _____

Propósito del Viaje: _____

Persona(s) a cargo: _____

Persona a cargo del Transporte/arreglos: _____

_____ tiene mi permiso para asistir al paseo mencionado:

Nombre del Estudiante

Necesidades Médicas: Padre/Apoderado ponga sus INICIALES donde sea apropiado

_____ (iniciales) En caso de que yo no pueda ser localizado/a, autorizo a la persona a cargo para que obtenga la ayuda médica necesaria de un médico con licencia asumiendo yo los gastos. Entiendo que ciertos gastos pueden ser cubiertos por la Protección contra Accidentes para Estudiantes del Distrito.

SI NO

_____ (iniciales) Mi estudiante tendrá que tomar el siguiente medicamento(s): _____ El nombre de la persona a cargo de dar el/los medicamento/s y la autorización médica para que el personal de la escuela le administre los medicamentos está en el archivo. Se requiere autorización médica antes de que un estudiante pueda tomar cualquier medicamento, incluyendo medicina sin receta.

O

_____ (iniciales) Mi estudiante *no* tiene necesidades médicas especiales que el personal deba saber y no necesita medicamentos en el paseo.

Entiendo completamente que los participantes deben cumplir con todas las reglas y regulaciones sobre la conducta durante el paseo.

Acepto que cualquier gasto por el cuidado médico de mi estudiante por enfermedad o accidente es mi responsabilidad. Autorizo al Distrito Escolar para que me cobre, al regreso de mi estudiante del paseo, por cualquier gasto médico para el cuidado de mi estudiante que el Distrito Escolar pagó durante el viaje.

Como está mencionado en el Código de Educación de California Sección 35330, entiendo que libero al Distrito Escolar Unificado de Palo Alto, sus oficiales, agentes y empleados, de cualquier culpa o quejas que puedan surgir por la participación o conexión de mi estudiante en esta actividad.

Firma del Padre/Apoderado

Fecha

Dirección

Teléfono: (Casa)

(Trabajo)

(Celular)

Por favor circule el número al que lo podemos llamar durante el día y horario del paseo.

POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO A LA PERSONA ENCARGADA EN LA ESCUELA