

PERMISO DE PADRES/TUTORES PARA VIAJES ESTUDIANTILES DE UN DÍA PARA OTRO

Este formulario debe completarse y enviarse **a la oficina un mes antes** del viaje.

Información sobre la planificación de las excursiones (completada por un miembro del personal)

Destino: _____
Fechas: _____ Hora de salida: _____ Hora de regreso: _____
Contacto con el personal: _____ No. de teléfono _____

Transporte: (marcar la categoría apropiada)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vehículo del distrito/Conductor empleado | <input type="checkbox"/> Vehículo privado/Conductor estudiante |
| <input type="checkbox"/> Vehículo del distrito/Conductor no empleado | <input type="checkbox"/> Vehículo privado/Conductor padre |
| <input type="checkbox"/> Transportista privado (por ejemplo, Whatcom Transit Authority) | <input type="checkbox"/> Vehículo privado/Conductor voluntario adulto |

Información médica/de emergencia (para que la complete el padre/tutor)

Por la presente doy mi permiso para que (nombre del estudiante): _____ participe en una excursión.
Número de teléfono de la casa del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección del estudiante _____
Médico de cabecera: _____ Número de teléfono: _____

Marque todas las opciones que correspondan: (Nota: Cualquier medicamento que se presente en un evento o actividad que patrocine la escuela requiere una autorización por escrito para que se archive la administración del medicamento, en función con lo que establece la política escolar. Esto incluye cualquier medicamento administrado por el personal, autoadministrado y de venta libre).

- No hay consideraciones/necesidades especiales.
- Sí No ¿Tiene el estudiante alguna afección médica o física, información sobre medicamentos o alergias que podrían interferir con la seguridad del estudiante?
- Consideraciones alimentarias especiales _____
- Otras afecciones médicas que el personal escolar debe conocer. Describa a continuación:

Eximir de responsabilidad: En vista de que a este estudiante se le permite participar en la actividad anterior, acepto eximir de responsabilidad al distrito ante cualquier reclamo a favor o en contra que surja de una acción negligente o ilícita del estudiante.

Doy permiso para que la escuela busque los servicios de un médico con licencia en caso de accidente o enfermedad que requiera asistencia médica para este estudiante.

Mi hijo **tiene** una enfermedad que pone en riesgo su vida
 Mi hijo **no tiene** una enfermedad que pone en riesgo su vida
Firma del padre/tutor _____ Nombre en letra imprenta del padre/tutor _____
Fecha _____