

FAYETTE COUNTY PUBLIC SCHOOLS
PERMISO DE LOS PADRES/TUTOR LEGAL PARA VIAJES ESCOLARES

Escuela: _____

Yo, el abajo firmante Padre/Tutor Legal del estudiante nombrado abajo, entiendo la naturaleza del Viaje Escolar que se ha planeado a: _____ Por: _____
(Lugar el Viaje Escolar) (Modo de Transporte)

Salida: (Fecha) _____ Hora) _____ Vuelta: (Fecha) _____ (Hora) _____

Estoy de acuerdo con los propósitos de y los procedimientos que gobiernan el Viaje Escolar. Por la presente doy permiso para que mi estudiante participe. Entiendo que se proveerá supervisión adecuada y apropiada. Yo reconozco, sin embargo, que situaciones y problemas inesperados pueden suceder en cualquier viaje, sean patrocinados por la escuela o no, que las situaciones y problemas inesperados razonablemente no están bajo el control de los profesores o personal que supervisan (incluyendo voluntarios). Más aún consiento redimir y considerar libre de culpa a la Junta Directiva de Educación de Fayette County Schools, sus agentes, funcionarios, empelados y voluntarios, de cualquier y de toda responsabilidad, quejas, demandas, juicios, costos, intereses y gastos (incluyendo gastos y costos de abogados) que resulten de tales actividades, incluyendo cualquier accidente o lesión a mi estudiante y los costos de servicio médico.

En el evento de un accidente que requiera atención médica, por la presente yo les doy permiso a los profesores o personal (incluyendo a voluntarios) que atiendan a mi estudiante. Si la lesión requiere más atención médica, espero que se haga todo el esfuerzo posible para contactarse conmigo para recibir mi autorización específica antes de tomar acción. Si los esfuerzos para contactarse conmigo no resultan, yo doy permiso para que se le dé el tratamiento médico necesario. Además, por la presente yo les doy mi permiso a los profesores o personal que supervisan (incluyendo a voluntarios) que lleven a mi estudiante al Médico, Dentista, o al hospital si ocurre un accidente o una enfermedad grave en el viaje y no se me puede ubicar.

En el evento que mi estudiante tenga que volver a la escuela independientemente por razones de salud, accidente, incumplimiento de las reglas establecidas por el profesor a cargo, etc., me comprometo a aceptar completa responsabilidad y pagar el costo del cuidado médico, transportación y otros gastos incidentales. Este permiso también sirve como un contrato en que el estudiante y los padres/tutor legal entienden y están de acuerdo con las regulaciones de cada profesor relacionadas con hacer trabajo atrasado.

Por favor marque abajo SI su estudiante tiene alergias o sensibilidades que necesiten ser acomodadas en este viaje:

- Picada de Abeja Nueces Productos Lácteos Látex Otro: _____
 Medicación Nombre de la Medicación: _____

Por favor marque abajo SI su estudiante tiene:

- Asma Diabetes Convulsiones Condición Cardíaca Otro: _____

Medicinas necesitan ser administradas durante el viaje: Sí** No

****Si mi estudiante requiere medicinas**, yo entiendo que tengo la obligación de asegurarme que la **medicina** y el **Formulario de Autorización para Medicinas** estén en archivo **antes** del viaje y que yo proveeré la medicina en el envase original el **día del viaje**. Para que un estudiante se administre por sí solo cualquier medicina (recetada o no recetada) el Formulario para Autoadministración debe ser completado por el Padre/Tutor Legal **y** Médico. Por favor sepa que, el personal escolar **no** es responsable de medicinas auto administradas. Sustancias controladas **no** pueden ser auto administradas.

Para preguntas relacionadas con medicinas por contacte a la Enfermera Escolar de su escuela al 288-2314.

Nombre del estudiante: _____ Padre/Tutor Legal: _____
(Por favor en imprenta) (Por favor en imprenta)

Firma del Padre/Tutor Legal: X _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Teléfono de Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Contacto de Emergencia: (si no pueden contactar arriba) _____ Relación: _____

Teléfono de Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Compañía de Seguro: _____ Teléfono: _____

Nombre del Portador de la Póliza: _____ Póliza # _____ Grupo # _____