



Formulario de Autorización de los Padres/Apoderados, Autorización Médica (Menores) para paseos de día patrocinados por el DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PALO ALTO
25 Churchill Avenue, Palo Alto, CA 94306

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

_____ tiene mi permiso para asistir al paseo mencionado:
Nombre del estudiante _____

Destino: _____

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

Propósito del Viaje: _____

Persona(s) a cargo: _____

Compañía de Transporte/arreglos de transporte _____

Necesidades de salud: Los padres/apoderados deben poner sus INICIALES donde sea apropiado

_____ En caso de que yo no pueda ser localizado/a, autorizo a la persona encargada 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.

Sí **No**

_____ Autorizo a que las siguientes personas actúen en nombre de mi hijo(a):

Nombre _____ Número de teléfono _____

Nombre del Doctor _____ Número de teléfono _____

_____ Si mi estudiante necesita tomar medicamentos durante las horas de clase y/o paseos de día, por favor complete el formulario ***"Medicamentos requeridos durante las horas de clase/paseos de día."***

_____ 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. Entiendo que ciertos gastos pueden ser cubiertos por la Protección contra Accidentes para Estudiantes del Distrito. Autorizo al Distrito Escolar para que al regreso de mi estudiante del paseo me cobre 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 en Casa: Teléfono en el Trabajo:

Teléfono Celular Otro Número de Teléfono

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