



WHITE SETTLEMENT INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD Y PERMISO PARA PARTICIPACIÓN DEL ALUMNO EN VIAJES DE ESTUDIO

Nombre del estudiante: _____

Nombre del padre: _____

Viaje de estudios: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Doy mi permiso para que mi hijo asista a la excursión descrita anteriormente.

Entiendo que la seguridad de los alumnos es la más alta prioridad del Distrito Escolar Independiente de White Settlement, sin embargo bajo la ley del estado de Texas la escuela no es responsable de pagar gastos médicos relacionados con lesiones o heridas del alumno.

Yo prescindo de toda reclamación relacionada a gastos médicos, pérdida de servicio u otras reclamaciones; y por medio de la presente acepto liberar de toda responsabilidad y considerar como inofensivo al distrito escolar, su mesa directiva, sus empleados y agentes de todas reclamaciones que se puedan hacer contra ellos a favor de mi hijo.

Acepto liberar de toda responsabilidad y considerar inofensivo al Distrito Escolar Independiente de White Settlement, su mesa directiva, sus empleados y sus agentes de todas reclamaciones que se puedan hacer por terceras personas contra el distrito o contra ellos como resultado de las acciones de mi hijo en este viaje.

Entiendo que el Distrito Escolar Independiente de White Settlement, su mesa directiva, sus empleados y agentes no tienen ninguna inmunidad soberana o gubernamental que tienen bajo la ley de Texas.

He leído y entiendo este descargo legal y lo firmo voluntariamente y con todo conocimiento de su significado.

Firma de los padres: _____

Fecha: _____

Teléfono de los padres durante el día: _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DEL ALUMNO

Nombre del estudiante que asiste a la excursión: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Padres (Apellido y Nombre): _____

Teléfono durante el día: _____ Otro teléfono: _____

Teléfono durante el día: _____ Otro teléfono: _____

Dirección de casa: _____

Por la presente autorizo al Superintendente de White Settlement ISD o a un representante designado a asegurar cualquier atención y tratamiento médico de emergencia para mi hijo mencionado anteriormente por enfermedad aguda sufrida o lesión sufrida mientras estaba en la escuela o participando en actividades relacionadas con la escuela. Prefiero que el tratamiento de emergencia se garantice en el centro médico preferido que se indica a continuación. El Distrito puede usar otro hospital, clínica o centro médico con licencia si es necesario. Entiendo que el costo de los servicios prestados por ambulancia, médico privado, clínica, hospital o dentista sigue siendo responsabilidad del padre otutor y no será asumido por el Distrito ni por ninguno de sus funcionarios o empleados.

Yo **Tengo** **No Tengo** cobertura de seguro médico para mi hijo con la compañía que se indica a continuación.

Centro médico preferido: _____ Compañía de seguros: _____

Firma de los padres _____

Fecha: _____