



**Formulario de permiso para excursiones**

Mi hijo/a \_\_\_\_\_, tiene mi permiso para participar en la excursión que se indica a continuación.  
Nombre del estudiante

Fecha del viaje: \_\_\_\_\_ Destino de la excursión: \_\_\_\_\_

Nivel de grado/Clase que asiste al viaje: \_\_\_\_\_ Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

Hora de salida: \_\_\_\_\_ Hora de regreso: \_\_\_\_\_ Costo del viaje: \$ \_\_\_\_\_ /niño (Pago en línea preferido)

¿Necesita ayuda financiera para el viaje? \_\_\_ Sí \_\_\_ No    ▪    ¿Está interesado en proporcionar una beca? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

**\*A continuación se enumeran todas las condiciones médicas, incluidas las alergias, que el personal del distrito escolar debe tener en cuenta, así como los medicamentos que se administrarán en la excursión. Tenga en cuenta que los únicos medicamentos que se enviarán desde la sala de salud de la escuela son los medicamentos necesarios para llevar a cabo el Plan de Atención de Emergencia de un estudiante. Cualquier otro medicamento que se necesite en la excursión DEBE ser proporcionado por los padres en el envase original. De acuerdo con la política del distrito escolar de Fort Mill, se debe completar un formulario de consentimiento de medicamentos para cada medicamento que se enumera a continuación.**

CONDICIÓN(ES)	MEDICAMENTO(S)	DOSIS(S)	TIEMPO(S) A DAR

(Agregue información adicional al reverso de este formulario)

Entiendo que, si mi hijo/a se enferma o se lesiona durante este viaje, el personal del Distrito intentará comunicarse conmigo o con el contacto de emergencia que he proporcionado a continuación:

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ # de teléfono de casa: \_\_\_\_\_

# de teléfono alternativo de la madre: \_\_\_\_\_ # de teléfono alternativo del padre: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia alternativo: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre(s) de contacto adicional(es) y # de teléfono: \_\_\_\_\_

Si no se puede contactar a nadie con los números de contacto mencionados anteriormente, entiendo y acepto que mi hijo/a puede ser llevado a un centro médico para una evaluación y/o tratamiento médico y acepto que seré el único responsable de todos los costos incurridos como resultado:

Médico de Familia/Pediatra: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

# de archive/historial del niño (si está disponible): \_\_\_\_\_ Compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ # de identificación del seguro: \_\_\_\_\_

Entiendo que no puedo responsabilizar a la escuela, al distrito escolar o al personal de la escuela por ninguna reacción adversa cuando el medicamento se administra de la manera prescrita. Por la presente autorizo a los empleados designados de la escuela a ayudar con los medicamentos apropiados que necesita mi hijo como se indicó anteriormente.

Además, acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al distrito escolar de Fort Mill, a la junta directiva escolar, a los empleados y a cualquier acompañante por cualquier lesión/enfermedad que le ocurra a mi hijo que no sea el resultado de la acción o inacción de los representantes enumerados.

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**\* TENGA EN CUENTA - El dinero recaudado por las excursiones puede no ser reembolsable. El dinero recaudado por los autobuses no es reembolsable. El dinero solo será reembolsado si la excursión no ha sido pagada por adelantado.**