

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE 196
Escuelas Públicas de Rosemount-Apple Valley-Eagan
Educando, desarrollando e inspirando a nuestros estudiantes para el éxito de toda una vida.

Spanish

No. de Serie: 604.7.2.4.1P Adoptado Marzo de 1982 Revisado Enero 2024

Título **Viaje Escolar Nocturno – Inf. y Permiso para Tratamiento Médico de Estudiantes**

Personal: Complete esta sección y adjunte detalles adicionales del viaje escolar según sea necesario.

Detalles y fechas del viaje escolar nocturno: _____

Si esta casilla está marcada, la ubicación/instalación del viaje escolar requiere la presentación de un **formulario de consentimiento o exención** por separado que debe adjuntarse con este formulario.

Padre/Tutor: Devuelva el formulario completo al prof. de su hijo antes del: _____

La información es necesaria para la participación en el viaje. El no proporcionar la información solicitada puede resultar en la pérdida de elegibilidad para participar. La información se compartirá con el personal escolar y los funcionarios encargados del viaje y se utilizará, según sea necesario, para atender las necesidades de su hijo/a

Nombre del estudiante

Grado

Fecha de Nacimiento

Dirección del estudiante (calle, ciudad, código postal)

Nombre del padre o tutor

Correo electrónico

Número(s) de teléfono del padre o tutor con código zip

(Casa)

(Trabajo)

(Personal)

Nombre y números de teléfono de un vecino o familiar

Proveedor de seguro

No. de póliza

No. grupo

Información Médica

Si No

¿Su hijo tiene **alguna** alergia conocida? Indíquelas: _____

Si No

¿Su hijo tiene un EpiPen?

Si No

¿Su hijo toma medicamentos? Por favor, enumérelas: _____

Nombre del medicamento

Dosis

¿a qué hora?

Motivo

Nombre del medicamento

Dosis

¿a qué hora?

Motivo

*****Por favor, recuerde enviar todos los medicamentos requeridos en su envase original*****

Si No

¿Su hijo/a tiene algún factor físico, cirugías (en el último año) u otras preocupaciones de salud que puedan afectar la actividad de su hijo o que un médico deba conocer al cuidar de su hijo? Por favor, enumérelas: _____

Fecha de la última vacuna antitetánica (día,mes,año)____/____/____

Autorización para Tratamiento Médico *(En caso de enfermedad, lesión o emergencia, podría ser necesario tratar o buscar atención médica para su hijo antes de que el personal pueda ponerse en contacto con usted)* Al firmar a continuación, yo (padre/tutor del estudiante o estudiante adulto de 18 años o más*) acepto que el Distrito Escolar Independiente 196 (Distrito 196) tendrá plena autoridad para tomar las medidas que considere necesarias para salvaguardar la salud, seguridad y bienestar de mi hijo/a durante el viaje escolar. Dicha autoridad incluirá la autorización para, cuando sea necesario:

- Administrar tratamiento, primeros auxilios y medicamentos, incluidos los mencionados anteriormente,
- Obtener tratamiento médico (incluida cirugía) de personal médico local e instituciones médicas, y/o
- Enviar a mi hijo a casa para recibir tratamiento.

Confirmando que, según mi leal saber y entender, mi estudiante está física y mentalmente capacitado para participar en el viaje escolar y sus actividades. Además, antes de que mi estudiante pueda participar en el viaje escolar, entiendo que es posible que se me solicite proporcionar información médica adicional.

Renuncia de Reclamo

Comprendo y estoy al tanto de que este viaje escolar implica un riesgo de lesiones o enfermedades para mi estudiante, incluyendo, pero no limitado al riesgo de contraer COVID-19 y/o ser puesto en cuarentena antes, durante o después del viaje. Asumo y acepto voluntariamente este riesgo tanto para mí como en nombre de mi estudiante. Al firmar a continuación y en consideración de que el Distrito 196 permita que mi estudiante participe en esta actividad, acuerdo para mí y en nombre de mi estudiante renunciar a toda responsabilidad contra el Distrito 196, sus empleados y voluntarios con respecto a cualquier lesión, discapacidad, muerte, molestia, gasto o daño a la persona o propiedad que ocurra como resultado de la participación de mi estudiante en el viaje escolar. Esta renuncia excluye reclamaciones basadas en negligencia ordinaria, pero NO excluye reclamaciones basadas en negligencia grave o conducta dolosa o temeraria.

Expectativas, Pautas y Terminación de la Participación

He leído y revisado las "Expectativas y Pautas para el Viaje Escolar Nocturno" adjuntas y las he discutido con mi estudiante. Comprendo que se espera que el estudiante cumpla con las expectativas de comportamiento del Distrito 196, los estándares del programa y todas las leyes locales, y que el estudiante puede ser prohibido de asistir al viaje, enviado a casa durante el viaje y/o estar sujeto a consecuencias del Distrito 196 en caso de no hacerlo.

Acepto cubrir todos los gastos resultantes y reconozco que no se otorgarán reembolsos si mi estudiante es enviado a casa o se le impide asistir al viaje debido a mala conducta.

Alteración del Programa o Cancelación por parte del Distrito 196

Reconozco que el Distrito 196 se reserva el derecho de modificar el itinerario y ajustar los costos y las tarifas de cancelación para reflejar cambios de cualquier tipo más allá del control del Distrito 196, como cambios en los costos de viaje, asuntos relacionados con la pandemia, etc. Comprendo que el Distrito 196 también se reserva el derecho de cancelar el viaje debido a una participación insuficiente debido a otras circunstancias más allá de su control, incluyendo, pero no limitado a, circunstancias relacionadas con la pandemia de COVID-19. Reconozco que las tarifas de cancelación aplicables para tales circunstancias estarán en efecto y que los reembolsos pueden no estar disponibles en caso de cancelación. Entiendo que es mi responsabilidad exclusiva asegurarme contra el riesgo de pérdida, incluido el riesgo de cancelación del viaje, y no responsabilizaré al distrito escolar por ninguna pérdida financiera asociada con la cancelación del viaje.

Incumplimiento de Pago o Falta de Completar/Obtener Documentación Necesaria

Comprendo que soy responsable de pagar los costos/tarifas necesarios para este viaje y es posible que deba completar documentación adicional antes de que mi estudiante participe en el viaje. Acepto que el Distrito 196 puede terminar la participación de mi estudiante en el viaje escolar si no realizo los pagos requeridos a tiempo o si no completo la documentación requerida según lo programado. En tales casos, las tarifas de cancelación seguirán en vigencia y es posible que no haya reembolsos disponibles.

Comprendo que es mi responsabilidad solicitar y obtener cualquier prueba necesaria de vacunación u otros documentos requeridos para que mi estudiante visite y regrese del destino. Reconozco que no se realizarán reembolsos por la falta de adquisición de los documentos de viaje adecuados.

Permisos

Al firmar este formulario, reconozco que he leído y estoy de acuerdo con los términos anteriores y doy permiso para que mi estudiante asista y participe en el viaje escolar. Comprendo que no tengo la obligación de dar permiso para que mi estudiante asista al viaje escolar y, si elijo no dar permiso, se espera que mi estudiante asista a la escuela en el/los día(s) del viaje escolar.

Nombre del padre/tutor/nombre del estudiante adulto (en letra de molde): _____

Firma del padre/tutor/estudiante adulto: _____

**Todas las referencias a "mi estudiante" se entenderán como "yo" en lo que respecta a un estudiante adulto que firma este formulario.*