

**Distrito Escolar Unificado de Burbank
Excursión/Participación en la Actividad y Autorización Médica para el Alumno**

Por favor complete y regrese esta forma al maestro/a supervisor de la excursión en el cual su hijo/a desea participar. **Ningún alumno será permitido a participar en esta actividad sin tener esta forma completa en su archivo.**

_____, alumno de la escuela, _____ Escuela

Nombre del alumno (Letra de molde) _____

tiene mi permiso para participar en la actividad siguiente: Actividad: _____

Destino: _____ Método de Transportación: _____

Fecha de Salida y Hora: _____ Fecha de Regreso y Hora: _____

Lugar de Salida: _____ Lugar de Regreso: _____

AUTORIZACIÓN MÉDICA

Nosotros (Yo) estamos (estoy) consientes de cualquier actividad comprendida en este permiso, por su mismo carácter, presenta un posible riesgo de lesiones, o daños a las personas que participan en las mismas. Considerando la oportunidad acordada a nuestro (mi) hijo/a/pupilo a participar en las actividades incluidas en este permiso, nosotros (yo) por la presente accedemos a lo siguiente:

1. Todas las personas participantes en el viaje de estudio o excursión deben considerar y renunciar a todas las demandas contra el Distrito o el Estado de California en acuerdo a daños, lesiones, accidentes, enfermedades o muerte ocurrida durante o por motivo del viaje de estudio o excursión.
2. En caso de enfermedad, daños, o lesiones, nosotros (yo) damos consentimiento a todo tratamiento médico rutinario o de emergencia y/o a los servicios ordenados por el médico en turno, cirujano, o dentista, y a la administración y cumplimiento de todo reconocimiento médico, tratamientos, anesteticos, operaciones, y otros procedimientos que el médico en turno considere necesarios o convenientes en ese lugar y/o en el hospital o en otro servicio médico.
3. Que, nosotros (yo) somos (soy) exclusivamente responsables por cualquier gasto y/o de toda deuda contraída como resultado de alguna emergencia y/o rutina médica y/o tratamiento quirúrgico y servicios ordenados por el médico en turno para mi hijo/a/pupilo, incluyendo todos los gastos que no cubra el seguro.
4. A indemnizar y salvaguardar al Distrito Unificado de Burbank, sus oficiales, empleados, agentes, representantes y voluntarios por cada una de las demandas, hechas y cada una de la responsabilidades, litigios, pérdidas, deudas o daños que resulten por, o en relación, o como consecuencia de alguna emergencia o servicio médico de rutina, o la participación de nuestro (mi) hijo/a/pupilo en cualquier actividad cubierta por este permiso.
5. Nosotros (yo) entendemos plenamente que todas las personas participantes en el viaje de estudio o excursión deben cumplir con todas las normas y reglas de buena conducta durante el viaje. Cualquier incumplimiento a esta normas y reglas pueden resultar en que se regrese al hijo/a/pupilo a la casa y que sus padres/tutores tengan que asumir los gastos pertinentes.
6. Nuestro (mi) hijo/a/pupilo padece de una condición médica y/o incapacitación física diagnosticada por un médico. Se adjunta a la presente un detalle de dicha condición y/o incapacitación.

Aviso especial para el Padre/Guardián/Tutor:

1. Todo medicamento tomado por su hijo/a/pupilo mientras esta participando en las actividades protegidas por este permiso debe ser recetado por un médico y anotado en este formulario.
2. Todos los medicamentos recetados por el médico para su hijo/a/pupilo debe ser administrado por el personal del Distrito.
3. Marque aquí si su hijo/a/pupilo tiene alguna condición médica o física del cual el Distrito debe tener conocimiento, y si se requiere algún medicamento para el viaje relacionado con esta condición.
4. Indique cualquier medicamento que su hijo/a/pupilo debe tomar mientras participa en las actividades incluidas en este formulario. Por cada medicamento indicado abajo también indique la dosis que corresponde y el motivo por la cual se receto.

Nombre del Medicamento	Dosis	Motivo(s)
_____	_____	_____
_____	_____	_____

5. Mi hijo/a es alérgico a las siguientes medicinas: _____
6. Mi hijo/a es alérgico a las siguientes comidas, ingredientes, etc.: _____

Yo reconozco que he leído cuidadosamente esta forma de, **Excursión/Participación en la Actividad y Autorización Médica del Alumno** entiendo y estoy de acuerdo con sus términos.

Dirección: _____ Telefonó: _____
(Donde me puede encontrar durante esta actividad)

Contacto si no puede comunicarse con migó: _____
Nombre Numero de Telefono

Nombre de Seguro del Alumno Número de la Póliza Dirección

Padre/Guardián/Tutor (Letra de molde) _____ Firma _____ Fecha _____

Aviso: Esta forma debe de acompañar al maestro/a supervisor de la excursión, y una copia archivada en la oficina de la escuela.