

## VIAJE ANUAL DE CAMPO -

### PERMISO DE LOS PADRES Y DE EMERGENCIA AUTORIZACIÓN MÉDICA

*(Para ser utilizado por todas las escuelas)*

Escuela: \_\_\_\_\_ Año escolar: \_\_\_\_\_

Doy permiso para que mi hijo participe en cualquier excursión patrocinada por la escuela durante el año escolar se ha indicado anteriormente.

Complete, firme y devuelva al maestro por: \_\_\_\_\_  
*(La Fecha)*

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(Padres dirección / Guardián)*

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ La Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Otro Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Médico de Familia: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

---

#### Autorización Médica

En el caso de un accidente, enfermedad o cualquier otra circunstancia que requiera tratamiento médico, tal tratamiento puede ser adquirido por cualquier empleado del Distrito supervisor de mi hijo/hija sin obligación financiera al Distrito. Yo asimismo, autorizo a cualquier empleado del Distrito supervisor para autorizar el tratamiento de emergencia en cualquier instalación médica a la que mi hijo/hija ha sido transportado. También estoy de acuerdo que si mi hijo/hija recibe tratamiento médico y/o se encuentra hospitalizado, su/su nombre será puesto en libertad a los funcionarios del distrito escolar que lo soliciten.

Preocupación Médica: \_\_\_\_\_

Doy permiso para que mi hijo/hija, \_\_\_\_\_, para participar en cualquier viaje de campo patrocinado por la escuela durante el año escolar mencionado anteriormente.

\_\_\_\_\_  
*(Firma del Padre/Guardián)*

\_\_\_\_\_  
*(La Fecha)*

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_