



Nombre del estudiante _____ Escuela _____ Fecha _____

Información general

El/La _____ esta planeando un viaje a _____

Propósito del viaje _____

Destino del viaje _____ Número de teléfono. (____) _____

Dirección _____ Lugar a hospedarse _____

Saldremos de _____ a las _____ ☐ AM ☐ PM

el día (fecha) _____. Regresaremos a la escuela el día _____ (fech _____)

a las _____ ☐ AM ☐ PM ☐ Se anexa el itinerario ☐ Se anexa la lista de artículos necesarios

Medio de transporte

☐ Vehículo del distrito ☐ Transporte comercial ☐ Autobús escolar ☐ Otro (explique) _____

Información médica

Cualquier afección de salud actual y nueva debe anotarse a continuación para garantizar que el Distrito proporcione las precauciones adecuadas durante el evento patrocinado por la escuela. Enumere afecciones como alergias, diabetes, convulsiones, asma y cualquier otra afección de salud.

¿Su estudiante requiere medicamentos recetados o de venta libre relacionados con su condición de salud? ☐ Sí ☐ No

Si un estudiante requiere medicamentos recetados o de venta libre, debe presentar un formulario HS 500 firmado por su proveedor de atención médica. Este formulario está disponible en la oficina principal de la escuela o en el sitio web del Distrito.

¿Su estudiante necesita ayuda con protector solar? ☐ Sí ☐ No

¿Seguro médico? ☐ Sí ☐ No Nombre del asegurador _____

¿Seguro dental? ☐ Sí ☐ No Nombre del asegurador _____

Se recomienda el seguro de accidentes para estudiantes; los planes y solicitudes de bajo costo están disponibles en www.myers-stevens.com

Nombre del proveedor médico/clínica: _____ Teléfono: _____

Nombre del proveedor dental preferido: _____ Teléfono: _____

Esta actividad ofrece una experiencia de aprendizaje para los estudiantes y les permite con la oportunidad de aplicar lo que han aprendido en el salón de clases. Si tiene preguntas o inquietudes sobre esta actividad, por favor contacte a: _____

Autorización para tratamiento médico

En el evento de un accidente o enfermedad, entiendo que se harán los esfuerzos razonables para contactar a los padres/tutores inmediatamente. Sin embargo, si no están disponibles, autorizo al distrito escolar a que asegure los cuidados médicos de emergencias pertinentes.

Aunque entiendo que el distrito hará un esfuerzo razonable para proveer un ambiente seguro, estoy completamente consciente de los peligros y riesgos especiales que son inherentes a participar en la actividad, incluyendo las lesiones físicas y/o la muerte. Estando completamente consciente de dichos riesgos, por medio de la presente,

Doy mi consentimiento para: (estudiante) _____ con el fin de que participe en esta actividad

Nombre(s) de padres/tutores _____ Teléfono en el día (____) _____

Dirección _____ Teléfono en la tarde (____) _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono de emergencia (____) _____

Firma de padres/tutores _____ Fecha _____

La firma de los padres/tutores en este consentimiento refleja su conocimiento y aprobación de la actividad descrita arriba. Este formulario deberá ser regresado a la escuela antes de que el estudiante participe en la actividad.

Refiérase a Política del Consejo Escolar 2320 y 3400