Grand Prairie ISD
057991

ACTIVIDADES ESTUDIANTILES
VIAJE

ANEXO A

CERTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y PERMISO PARA LA
PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE EN UN VIAJE PATROCINADO POR LA ESCUELA

Yo, _____ (padre o tutor), acepto que mi hijo, _____ (nombre del niño), viaje con un grupo o individuo asociado con Grand Prairie ISD en el viaje o los viajes indicados a continuación. Entiendo que, la seguridad de los estudiantes es una prioridad para el Distrito de acuerdo con la ley estatal, la escuela no es responsable de los costos médicos asociados con una lesión de un estudiante.

Yo, renuncio expresamente a todos los reclamos por gastos médicos, pérdida de servicios u otros reclamos, y mantengo indemne y absuelvo de responsabilidad al Distrito, sus concejales, empleados y agentes de todos los reclamos que se hagan en contra de él o ellos en nombre de mi hijo.
Yo, acepto mantener indemne y absolver de responsabilidad al Distrito, sus concejales, empleados y agentes de todos los reclamos que hagan terceros en contra de él o ellos como resultado de las acciones de mi hijo en el viaje.
Yo, entiendo que el Distrito, sus concejales, empleados y agentes no renuncian a ninguna inmunidad soberana o gubernamental que tienen él o ellos de acuerdo con ley de Texas.

Yo, he leído y comprendido esta autorización y la firmo voluntariamente y con pleno conocimiento de su importancia. Esta autorización se aplica a los viajes que realizarán:

Grupo: _____

Al lugar(es): _____

En fecha(s): _____

_____
Padre o Tutor

_____
Fecha

POR FAVOR, COMPLETE AMBOS LADOS

Grand Prairie ISD

057991

ACTIVIDADES ESTUDIANTILES
VIAJE

ANEXOS

AUTORIZACIÓN PARA ASEGURAR TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA DE UN ESTUDIANTE MENOR DE EDAD

1. Nombre del menor_____Grado _____
   Fecha de nacimiento (día, mes, año) _____
2. Nombre del padre o tutor _____
   Teléfono de la oficina_____Teléfono de casa _____
3. Dirección: _____
   _____
4. Nombre del otro padre (si es diferente)
   Padre _____ Teléfono _____
   Madre _____ Teléfono _____
5. Un amigo o familiar que probablemente sabrá dónde ubicar al padre en caso de ser necesario.
   Nombre_____ Teléfono _____

Esto es para certificar que autorizo al Superintendente del Distrito Escolar Independiente de Grand Prairie, Grand Prairie, Texas, o a un representante designado a asegurar toda la atención y tratamiento médico de emergencia para _____(Nombre del estudiante) por enfermedad aguda sufrida o lesión sufrida mientras estaba en la escuela o participaba en actividades relacionadas con la escuela. El tratamiento de emergencia puede ser asegurado en un hospital, clínica o centro médico autorizado, o por un médico o dentista con licencia con las siguientes excepciones: _____
_____

Entiendo que el costo de los servicios prestados por ambulancia, médico privado, clínica, hospital o dentista sigue siendo responsabilidad del padre o tutor y no será asumido por el Superintendente, la persona designada o la Junta Directiva del Distrito Escolar Independiente de Grand Prairie.

Marque uno:

☐ No tengo seguro médico
☐ Tengo cobertura de seguro médico para mi hijo con: _____
_____

Los medicamentos a los que el estudiante ha tenido una reacción alérgica o adversa son:

_____
_____

Firma de los padres:_____ Fecha: _____

Se pueden presentar copias de esta autorización en la oficina o clínica de admisiones o en un médico o dentista. El resto de la distribución se realizará únicamente con las limitaciones de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia.