

Permiso de Viaje Escolar y Forma Médica de Liberación

Nombre del Estudiante _____		
<i>Apellidos</i>	<i>Nombre</i>	<i>Segundo Nombre</i>
Escuela Salem Elementary	Grado _____	Salón de Clases _____
<input type="checkbox"/> Todos los viajes relacionados con la escuela del año escolar 2025 - 2026 ; O		
<input type="checkbox"/> Viaje de Estudios con fecha de TBA Destino All in County Trips		
Destino Alternativo, si aplica Only for Field Trips in Russell County		
Modo de Transporte Bus Costo para el estudiante, si aplica \$ _____		

Por medio de esta doy permiso a mi hijo(a) para participar en el viaje o viajes escolares aquí arriba mencionados.

Además, en el caso de accidente o enfermedad repentina durante el viaje escolar, yo autorizo al personal escolar a que contacte a un doctor o doctores registrados en la forma de inscripción de mi hijo(a) y autorizo a los doctores para tratar como juzguen necesario en caso de emergencia a dicho estudiante. En el evento de que el doctor, padre o madre, o alguna otra persona designada por los padres no puedan ser contactados, el personal escolar está autorizado para tomar cualquier acción que consideren necesaria en su opinión para la salud de dicho estudiante.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

Por favor regrese esta forma a la maestra de su hijo(a).

Review/Revised:2/22/2021