

FORMULARIO DE PERMISO DE PADRES/TUTORES PARA EXCURSIÓN-PASEO DE CAMPO

Destino/Propósito de la Excursión: _____

Fecha de la excursión: _____ Millas: _____ Hora de salida: _____ am/pm Hora de llegada: _____ am/pm

Modo de transporte: _____ Costo de transporte para el estudiante: \$ _____ Costo de admisión al estudiante: \$ _____

Otros costos (detallados): \$ _____ **Costo total para el estudiante: \$ _____**

Información adicional: _____

Por favor regresar a: _____ hasta el: _____

Esta excursión es (seleccione una): Reembolsable No reembolsable

Forma de pago: en línea: <https://900.ncsis.gov/campus/portal/parents/psu900unionco.jsp>

Desde la página de inicio de UCPS o el sitio de la escuela, seleccione Students and Families > Payments



Lugar de excursión: _____

Fecha de excursión: _____ Nombre del maestro: _____ Grado: _____

Padre/tutor: Este formulario debe completarse en su totalidad, incluyendo la firma y los números de teléfono.

Nombre del Estudiante: _____ Padre / Guardián: _____

Teléfono de casa: _____ #Teléfono de padres/tutor: _____

Dirección del domicilio: _____

Lugar de Trabajo: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Médico Familiar: _____ Teléfono: _____

Compró seguro estudiantil (opcional): Si No

Información sobre medicamentos:

Mi hijo **NECESITARÁ** medicamentos (recetados o de otro tipo) en este viaje y una Autorización para Medicamentos actualizada está archivada en la escuela. Si corresponde, he proporcionado una autorización de transporte de medicamentos de emergencia vigente y también está archivada en la escuela.

Mi hijo **NECESITARÁ** medicamentos (recetados o de otro tipo) en este viaje y proporcionaré una **nueva Autorización para Medicamentos**, con la firma del médico, a la enfermera de la escuela antes de la fecha de la excursión. Si corresponde, también proporcionaré una autorización para el transporte de medicamentos de emergencia, con la firma del médico, para mi hijo.

Mi hijo **NO** requerirá medicamentos (recetados o de otro tipo) en este viaje.

Proporcione cualquier alergia relevante o información adicional sobre condiciones médicas crónicas: _____

Yo doy permiso para que mi hijo, _____, acompañe a su grupo en el paseo descrito anteriormente. Por la presente, autorizo el tratamiento médico de emergencia o de otro tipo que se considere necesario y asumo todos los costos de dicho tratamiento. Acepto ser responsable y pagar todos los costos, incluyendo, entre otros, los servicios médicos, ópticos, dentales, farmacéuticos y similares que mi hijo/hija necesite durante el viaje, si no están cubiertos por su seguro médico individual o el seguro de viaje complementario requerido, o si mi hijo/a no tiene seguro. También entiendo y acepto que podría tener que pagar los servicios cubiertos al momento de recibirlos y recibir un reembolso del seguro posteriormente. Certifico que mi hijo/a goza de buena salud y puede participar en todas las actividades habituales del grupo

Yo NO deseo que mi hijo, _____, acompañe a su grupo en el paseo descrito anteriormente.

Firma del Padre de Familia / Representante Legal

Fecha