

**ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO UNION**  
**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PADRES O TUTORES PARA EXCURSIONES (2026-2027)**

**INFORMACIÓN SOBRE LA EXCURSIÓN**

Destino/Propósito de la Excursión: \_\_\_\_\_ Fecha de excursión: \_\_\_\_\_

Millas ida y vuelta: \_\_\_\_\_ Hora de salida: \_\_\_\_\_ ☐ AM ☐ PM Hora de llegada: \_\_\_\_\_ ☐ AM ☐ PM

Modo de Transportación: \_\_\_\_\_ Costo de transporte para el estudiante: \$ \_\_\_\_\_

Costo de admisión para el estudiante: \$ \_\_\_\_\_ Otros costos (detallados): \$ \_\_\_\_\_ Costo total para el estudiante: \$ \_\_\_\_\_

Información adicional: \_\_\_\_\_ Por favor envíe el formulario a: \_\_\_\_\_ el: \_\_\_\_\_

Esta excursión es (seleccione una):

☐ Reembolsable ☐ No-reembolsable

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

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



**Padres/Tutores: Debe completar esta autorización, incluyendo la firma y los números de teléfono. Conserve la información anterior para sus registros.**

**\*\*\* EL MAESTRO DEBE CONSERVAR EL ORIGINAL DE ESTE FORMULARIO Y DAR UNA COPIA AL CONTADOR \*\*\***

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Y DE LOS PADRES/TUTORES**

Lugar de excursión: \_\_\_\_\_ Fecha de la excursión: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre del maestro: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre de padres/tutor: \_\_\_\_\_ # de celular(es): \_\_\_\_\_

Dirección del domicilio: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Seguro estudiantil adquirido (opcional): ☐ Si ☐ No

**INFORMACIÓN MÉDICA**

☐ **Mi hijo NECESITARÁ medicación** (con o sin receta) durante este viaje y la escuela cuenta con una autorización vigente para la administración de medicamentos. Si corresponde, he presentado una autorización vigente para que lleve consigo medicación de emergencia, la cual también consta en los archivos de la escuela.

☐ **Mi hijo NECESITARÁ medicación** (con o sin receta) durante este paseo, y entregaré a la enfermera escolar un nuevo formulario para la administración de medicamentos, con la firma del médico, antes de la fecha del viaje indicada en este documento. Si corresponde, también entregaré una autorización para que mi hijo lleve consigo medicamentos de emergencia, con la firma del médico.

☐ **Mi hijo NO requerirá medicamentos** (con o sin receta) durante este viaje.

Por favor, indique cualquier alergia relevante o información adicional sobre afecciones médicas crónicas: \_\_\_\_\_

**POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE EXCURSIONES**

El superintendente se reserva el derecho de cancelar las excursiones con poca o ninguna antelación debido a preocupaciones de seguridad planteadas por las siguientes entidades:

- Departamento de Estado de Estados Unidos (alertas y advertencias de viaje)
- El Sistema Nacional de Alerta de Terrorismo (alertas de amenaza inminente o amenaza elevada)
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Nivel de vigilancia 1, Nivel de alerta 2, Nivel de advertencia 3)
- Servicio Meteorológico Nacional
- Administración Nacional Oceánica y Atmosférica
- Otras emergencias consideradas críticas por el Superintendente

En caso de cancelación por parte del Superintendente, UCPS no tiene la obligación de reembolsar depósitos abonados a agencias de viajes ni a proveedores de transporte, alojamiento u otros servicios relacionados con el viaje. Los padres son responsables del pago de dichas tarifas a las empresas de viajes y renuncian a presentar reclamaciones contra el distrito por la cancelación.

**AUTORIZACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL**

☐ **Por la presente doy permiso a mi hijo,** \_\_\_\_\_ **, para acompañar al grupo en la excursión descrita anteriormente.** Por la presente, autorizo el tratamiento médico, de emergencia u otro tipo, que se considere necesario, y asumo todos los costos del tratamiento. Acepto hacerme responsable de los costos, incluidos, entre otros, gastos médicos de mi hijo/a, ópticos, dentales, farmacéuticos y similares, recibidos durante el viaje, siempre que no estén cubiertos por el seguro médico individual o por el seguro de viaje complementario obligatorio, o si mi hijo carece de seguro. Asimismo, comprendo y acepto que es posible que deba pagar los servicios cubiertos al momento de recibirlos y solicitar posteriormente el reembolso a la compañía de seguros. Certifico que mi hijo goza de buena salud y puede participar en todas las actividades habituales del grupo.

☐ **No deseo que mi hijo,** \_\_\_\_\_ **, acompañe a su grupo en la excursión descrita anteriormente.**

**FIRMA**

Nombre impreso del padre / tutor: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_