



Palm Springs Unified School District
Aviso de Excursión/Paseo Voluntario Y Autorización Medica

Estimado Padre/ Guardián,

Por favor de llenar y regresar al: Dr. Karen Dimick, Director of College and Career Readiness email: CCR@psusd.us

Mi hijo/hija _____ tiene mi permiso de participar en la siguiente actividad voluntaria. 2027 PSUSD College & Culture Tour

Destino: Washington DC					
Fecha y Hora de Partida: March 20, 2027 6:00 AM			Fecha y Hora de Regreso: March 26, 2027 12:00 PM		
Transporte:	☒ Autobús escolar	☐ Avión	☒ Autobús Charter	☐ Transportación del Sitio	☒ Caminando

Entiendo que la participación en esta excursión es voluntaria y no se requiere la participación de los estudiantes mencionados arriba. Los estudiantes que no asistan al viaje recibirán actividades educativas alternativas en la escuela. Para participar en esta excursión, es necesario que los padres/tutores autoricen específicamente la participación de su hijo/a.

En caso de enfermedad o lesión, doy mi autorización y consentimiento al Distrito Escolar Unificado de Palm Springs para obtener atención médica de emergencia, que incluye, entre otros, examen de rayos X, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico o dental anestésico y hospitalización. atención y transporte de emergencia que pueden ser administrados según el mejor criterio del médico, cirujano o dentista tratante y realizados por o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o centro que brinda servicios médicos o dentales. Entiendo que soy el único financieramente responsable de cualquier costo y/o todo el endeudamiento incurrido como resultado de cualquier emergencia y/o tratamiento y servicios médicos y/o quirúrgicos de rutina prescritos por el médico tratante para nuestro (mi) hijo/pupilo, incluyendo todos los costos y cargos no cubiertos por el seguro.

Como se establece en la Sección 35330 del Código de Educación de California, acepto liberar y entiendo que eximo al Distrito Escolar Unificado de Palm Springs, sus funcionarios, agentes y empleados de toda responsabilidad o reclamo que pueda surgir de o en conexión con la participación de mi hijo en esta actividad. He renunciado a todos los reclamos contra el Distrito o el Estado de California por lesiones, accidentes, enfermedades o muertes que ocurran durante o por motivo del viaje o excursión.

Indemnización: Al ejecutar este acuerdo, por la presente acepto eximir de responsabilidad al Distrito Escolar Unificado de Palm Springs, sus voluntarios, empleados, agentes, estudiantes y todas las entidades e individuos relacionados de todos los reclamos que puedan realizarse por o en nombre de cualquier menor enumerado. en este acuerdo e indemnizar al Distrito por dichos reclamos en la máxima medida permitida por la ley aplicable. Estas disposiciones de indemnización expresas incluyen especialmente el reembolso de todos y cada uno de los honorarios de abogados y costos de litigio incurridos por el Distrito o en su nombre como resultado de dicho

reclamo. Esta cláusula sobrevivirá a la terminación de este acuerdo.

Asunción de Riesgo: Entiendo que la participación en excursiones del Distrito y actividades relacionadas con la escuela puede involucrar actividades al aire libre, actividades recreativas, visitas educativas a lugares que

requieren transporte y otras actividades que conllevan ciertos riesgos inherentes que no se pueden eliminar independientemente del cuidado que se tome para evitar lesiones. Los riesgos específicos varían de una actividad a otra, pero los riesgos incluyen, entre otros, los siguientes: (1) lesiones menores como rasguños, hematomas y esguinces, hasta (2) lesiones graves como lesiones oculares, articulares o óseas, lesiones, ataques cardíacos y conmociones cerebrales, hasta (3) lesiones catastróficas como parálisis y muerte, ya sea por circunstancias previstas o imprevistas.

No discriminación en los programas y actividades del Distrito: Entiendo que los programas y actividades del Distrito se llevan a cabo libres de discriminación sobre la base de una clase protegida de acuerdo con el Código de Educación 220. Entiendo que esta prohibición contra la discriminación, como se establece en la Política de la Junta del Distrito 0410 (No discriminación en los programas y actividades del distrito), se aplica a y durante todas las actividades escolares, incluidas las excursiones.

Código de Conducta: Entiendo completamente que los participantes deben cumplir con todas las reglas y regulaciones que rigen la conducta durante el viaje. Además, entiendo que mi(s) hijo(s) y yo debemos revisar y seguir las reglas del Código de Conducta de Autobuses 2024/2025, publicado en el sitio web de PSUSD en la página de Transportación, antes de la excursión. Cualquier violación de estas reglas y regulaciones puede resultar en que esa persona sea enviada a casa a expensas de sus padres/tutores.

Nombre del Padre/Guardián:	
Firma del Padre/Guardián:	Fecha:
Dirección:	Teléfono:
Firma del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:
Compañía de Seguro Médico:	Número de Póliza:
Dirección de Compañía de Seguro Médico:	

- (1) Si su hijo(a) tiene algún problema médico, por favor adjunte una descripción del problema a esta forma.
- (2) _____ Marque aquí si su hijo(a) requiere medicamentos en este paseo.
- (3) Todos los medicamentos deben ser registrados en este formulario y deben tener previa autorización médica (ya obtenida en la escuela); por favor aliste aquí los nombres de medicamentos y razón:

Todos los medicamentos deben ser guardados y distribuidos por el personal; exceptos los cuales deben ser guardados en su persona y con previa autorización médica para uso de emergencia.