

SOLICITUD Y PERMISO PARA TRANSPORTE PRIVADO

I (we), _____ los padres / tutores (círculo uno)
{Nombre del padre/madre / tutor legal

of _____ petición que él o ella ser transportados de
{Estudiante's Nombre)

{Name of event}

on _____
{ Especifica las fechas o según programa del

los padres / tutores Yes No y/o abuelos Yes No

* Bajo las atenuantes circunstancias, con la aprobación previa por escrito de la Directora de escuela, Director de la escuela puede aprobar para que un niño con un adulto responsable que no sea de los padres a continuación.

Por favor proporcione lo siguiente con respecto a aquellos que están autorizados a proporcionar transporte para el de arriba el nombre estudiante:

{Nombre del padre/madre / tutor legal

{Nombre del padre/madre / tutor legal

(Femenino Direccion)

(Femenino Direccion)

(Ciudad/Estado/Codigo)

(Ciudad/Estado/Codigo)

(Telefono)

(Telefono)

Yo (nosotros) reconoce y entiende que la Junta de educación Condado de Yadkin no tiene o no puede llevar cualquier seguro aplicable a cualquier lesión que surjan de transporte del estudiante lo solicitado. Yo (nosotros) liberar renunciar y de acuerdo a indemnizar, eximir o reembolsar el Yadkin County Board of Education, los miembros individuales, agentes, empleados y representantes, así como los patrocinadores del evento y/o supervisores, de y contra cualquier reclamación que yo (nosotros), cualquier otro padre o tutor, cualquier hermano, el estudiante o cualquier otra persona, firma o Corporación puede tener o reclamar haber conocido, desconocido, directa o indirectamente, por cualquier pérdida, daños o lesiones derivados de, durante o en relación con la transporte de los estudiantes por la persona nombrada arriba.

This request and permission form has been signed only with full understanding and consideration of and agreement with, the provision stated above.

{Sustantivo Mi Padres}

{Sustantivo Mi Padres}

{Fecha}

{Fecha}

Yadkin County Schools

EMERGENCY SPORTS MEDICINE RECORD

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DOMICILIO DIRECCION _____

CASA TELEFONO _____

MIS PADRES _____

DIRECCION (SI ES DIFERENTE DE ARRIBA) _____

CASA TELEFONO (SI ES DIFERENTE DE ARRIBA) _____

BUSINESS TELEFONO _____

CELDA TELEFONO _____

EMERGENCIA CONTACTO NOMBRE (PERSONA QUE NO SEA PADRE O TUTOR)

_____ TELEFONO _____

NOMBRE DEL MÉDICO DE FAMILIA _____ TELEFONO _____

AL HOSPITAL PREFERENCIA _____

NAME OF INSURANCE _____

POLIZA NUMERO _____

MEDICAMENTOS ACTUALES (si existen) _____

MEDICAMENTOS ALERGIAS (si existe) _____

MÁS ALLÁ DE LAS ENFERMEDADES Y LAS FECHAS: _____

LESIONES Y LAS FECHAS: _____

Release for Emergency Medical Treatment

En el caso de lesión o enfermedad, doy permiso para mi hijo _____

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____