

Distrito Escolar Unificado de New Haven
Permiso para Excursión Voluntaria
Autorización Médica y Liberación de Responsabilidad

Maestro(s): _____ Escuela: _____ Salón(es): _____

Fecha: _____ Destino(s): _____

Objetivo de la excursión: _____

Modo de transportación: Autobús del distrito U.C. Transit Vehículo particular
 Autobús A.C. Transit Avión
 Caminar B.A.R.T. Otro: _____

Hora de salida: _____ Hora de regreso: _____ Esta excursión incluirá* no incluirá nadar

Se requiere de un permiso escrito y una liberación de responsabilidad de los padres o tutores legales en el expediente de cada estudiante que asista a esta excursión. Llene la porción de abajo de este formulario y regrese a la escuela. Esta excursión es voluntaria; no es obligatorio que su hijo(a) asista. Si su hijo(a) no participa en esta excursión, se le proporcionarán actividades alternas en la escuela.

Otorgo mi permiso para que: _____ participe en esta actividad voluntaria.

Nombre *(letra de molde)* **Apellido**

* Llene cuando se incluyan actividades de natación:

Otorgo **No otorgo** mi permiso para que mi hijo(a) participe en las actividades de natación de esta excursión. Libero de toda responsabilidad y renuncio a todos los reclamos y demandas en contra del Distrito Escolar Unificado de New Haven, sus funcionarios, agentes, empleados y voluntarios, por lesiones, accidentes, enfermedades o muerte que ocurra durante o por la participación de mi hijo(a) en las actividades de natación de esta excursión. La habilidad para nadar de mi hijo(a) se puede describir como: _____

En caso de una enfermedad o lesión, autorizo al supervisor de la actividad a consentir a cualquier cuidado médico, quirúrgico o dental que el médico, cirujano o dentista considere necesario. Estoy de acuerdo en pagar el costo por el cuidado médico, ya sea que lo cubra mi seguro médico o no. Entiendo que se hará todo intento para comunicarse conmigo por teléfono si es posible, antes de que se administre tal cuidado médico.

Médico de emergencia: _____ Núm. de Teléfono: _____

Mi hijo(a) tiene no tiene medicamentos en la oficina de la escuela. Registro o Seguro Médico #: _____

Mi hijo(a) requiere no requiere cuidado médico especializado en la escuela (Sonda gástrica, diabético, etc.). Describa: _____

Entiendo que los participantes en esta excursión deben cumplir con todas las reglas y reglamentos de conducta durante la excursión y que cualquier violación a estas reglas y reglamentos resultará en que mi hijo(a) se envíe a casa por su propia cuenta.

De conformidad con el Código de Educación de California, sección 35330, por el presente libero de toda responsabilidad y renuncio a todos los reclamos y demandas en contra del Distrito Escolar Unificado de New Haven, sus funcionarios, agentes, empleados y voluntarios, por lesión, accidente o muerte que ocurra durante o por motivo de esta excursión.

He leído, entendido y estoy de acuerdo con todas las disposiciones arriba mencionadas. Otorgo mi permiso para que mi hijo(a) participe en esta actividad voluntaria.

Mi hijo(a) comerá un almuerzo de la cafetería.

Mi hijo(a) traerá su almuerzo.

Estoy disponible para ayudar en esta excursión.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/Tutor Legal *(letra de molde)*: _____ Parentesco con el estudiante: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Numero de teléfono a donde se puede contactar a los padres/tutores legales el día de la excursión: celular trabajo otro _____