

DISTRITO ESCOLAR LENNOX

**PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE EN UN VIAJE DE ESTUDIO VOLUNTARIO
PATROCINADO POR EL DISTRITO
PERMISO DEL PADRE, ASUNCIÓN DE RIESGO, Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO**

Fecha _____

Nombre del Estudiante: _____ tiene permiso para participar en el siguiente viaje de estudio:

Destino/Tipo de Actividad: _____
(favor de dar información específica, por ejemplo, Concierto en UCLA.)

Instrucciones Especiales:

(por ejemplo, traer almuerzo.)

Fecha de Salida: _____ Hora: _____ Fecha de Llegada: _____ Hora: _____

Persona Encargada: _____ Puesto: _____ Escuela: _____

Tipo de Transporte: Autobús/Vehículo del Distrito A pie Otro: _____

Salud o necesidades especiales: Indique las que se apliquen.

<input type="checkbox"/>	Mi estudiante no tiene necesidades especiales de salud que debe saber el personal, y no requiere de ningún medicamento durante el viaje.
<input type="checkbox"/>	Mi estudiante sí tiene necesidades especiales, y adjuntas están las instrucciones. Número de páginas adjuntas: _____.
<input type="checkbox"/>	Otro:

En caso de enfermedad o herida, por medio de la presente doy consentimiento para que se realice cualquier radiografía, anestesia, examen médico, quirúrgico o cualquier diagnóstico dental o tratamiento y cuidado de hospitalización y transporte de emergencia según se considere necesario a mejor juicio del médico de turno, cirujano, o dentista, y realizado bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o instalación que suministre servicios médicos o dentales.

Entiendo que todos los participantes deberán cumplir con todas las reglas y reglamentos que rigen la conducta durante el viaje. Según lo dispuesto en el Artículo 35330 del Código de Educación de California, acuerdo renunciar a todo reclamo en contra del Distrito Lennox (Distrito) y exonerar al Distrito, sus funcionarios, agentes, y empleados de cualquier responsabilidad o reclamo que pueda surgir de, o relacionado con la participación de mi hijo(a) en esta actividad. Esta renuncia no se aplica a cualquier incidente que pueda surgir debido exclusivamente a la negligencia del Distrito, de sus empleados o sus agentes.

Firma (Padre/Guardián) (favor de escribir nombre en letra de molde) Teléfono del trabajo () _____
Teléfono de la casa () _____

Firma del estudiante Fecha de nacimiento del estudiante

Seguro de salud de la familia: _____ Número de póliza: _____
(por ejemplo, Blue Cross)

En caso de emergencia, favor de comunicarse con:

(Nombre) (Parentesco) Teléfono del trabajo ____
Teléfono de la casa ____