

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE HESPERIA

PERMISO DEL PADRE/TUTOR PARA UNA EXCURSION, RENUNCIA Y AUTORIZACION MEDICA PARA ESTUDIANTES MENORES DE EDAD

_____, FDN _____ tiene mi permiso para ir a la siguiente excursión:
(Nombre del alumno)

Destino: _____ Actividad: _____
(Incluyendo la ciudad si es fuera del área)

Fecha(s): _____ Fecha de partida/hora: _____ Fecha de regreso/hora: _____

Maestro(a)/Persona responsable: _____

Por favor, llene y ponga sus siglas, donde corresponde:

___ Mi hijo no tiene ningún problema médico que el maestro necesite saber, ni necesidad de medicamentos durante esta excursión.

___ Mi hijo tiene este problema médico: _____. El siguiente medicamento Se le debe dar por la persona asignada por el director durante esta excursión: _____. De acuerdo con el Código de Educación Pública 49423, una orden detallada, escrita por el Médico que receta esta medicina, sobre método, cantidad y el horario durante el cual se debe administrar, tiene que ser facilitada a la dirección o al maestro encargado de esta excursión.

Yo, le doy permiso a mi hijo(a) para que se bañe/nade durante esta excursión. Yo considero que las habilidades de mi hijo son:

de principiante _____ más o menos _____ avanzadas _____

Firma del padre/tutor que autoriza esta actividad acuática

Yo, padre o tutor de un menor de edad, autorizo y doy mi consentimiento aquí en ésta, para que se le preste atención médica, rayos X, anestesia, procedimiento quirúrgico, médico o dental, si se considera necesario, según el diagnóstico profesional de cualquier médico, cirujano o dentista bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o institución prestando los servicios.

Comprendo perfectamente que los participantes en esta excursión deben respetar todas las reglas y reglamentos del distrito.

Como lo dicta el Código de Educación Pública, 35330, del Estado de California, entiendo que libro de toda responsabilidad o demanda al estado de California, al Distrito Escolar Unificado de Hesperia, sus oficiales, agentes y empleados, si llegara a suceder algo como resultado de esta excursión.

Firma del Padre/Tutor

Firma del Alumno

Domicilio

Teléfono / Día/Noche

Compañía de Seguro Médico de la Familia: _____

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA: _____
Nombre y relación con el alumno # Teléfono / Día/Noche

Nombre y relación con el alumno # Teléfono / Día/Noche