

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DEL VALLE DE PAJARO
CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA VIAJE DE ESTUDIOS O
ACTIVIDAD Y FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA
SERVICIOS MEDICOS DE EMERGENCIA**

Estimables Padres / Tutores: **Favor de llenar este formulario de excursión voluntaria y regresarlo a el/ la maestro/ a de su hijo/ hija.**

Mi hijo/ hija/, _____ alumno/ a de la Escuela _____, tiene mi permiso para participar en la siguiente actividad voluntaria/ viaje de estudios:

Viaje de Estudios/ Actividad Extracurricular: _____

Fecha del Viaje de Estudios: _____ **Hora de Salida:** _____ **Hora de Regreso:** _____

Describan la Actividad: _____

Medio de Transportación: _____

En caso de enfermedad o heridas, por medio de la presente autorizo al personal del Distrito Escolar Unificado del Valle de Pájaro para usar su juicio en obtener servicios médicos de emergencia, incluyendo rayos equis, examen, anestesia, diagnosis o tratamiento médico, quirúrgico o dental, o tratamiento y cuidados en el hospital si se considera necesario a mejor juicio del personal médico del hospital o lugar que proporciona servicios médicos o dentales. Yo entiendo que el Distrito Escolar Unificado del Valle de Pájaro no tiene seguro médico que pague los costos del hospital o médicos que puedan incurrir a nombre de mi hijo/ hija.

Yo acuerdo de no culpar a los oficiales del Distrito Escolar Unificado del Valle de Pájaro, agentes y empleados de cualquier reclamo o responsabilidad, la cual puede surgir de, o en conexión con, la participación de mi hijo en esta actividad/ viaje de estudios. Yo asumo toda responsabilidad por la conducta de mi hijo/ hija y estoy de acuerdo a indemnizar al Distrito de cualquier reclamo en contra por la conducta de mi hijo/ hija. Código de Educación de California Sección 35330.

Yo entiendo totalmente que los participantes deben obedecer todas las reglas y regulaciones que gobiernan la conducta durante el viaje. Cualquier violación a esas reglas y regulaciones pueden resultar que el alumno sea enviado a su casa a costo de sus padres/ tutores.

Firma de los Padres/ Tutores: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____ Teléfono # _____ # de Emergencia _____

Compañía de Seguro Médico _____ Número de la Póliza _____ Teléfono _____

Mi hijo/ hija tiene las siguientes necesidades especiales médicas: _____

Mi hijo/ hija tiene las siguientes alergias : _____

Mi hijo/ hija tendrá que tomar el siguiente medicamento: _____

(Nota: Si la escuela no ha sido ya informada dela necesidad de dispensar medicamento, usted necesita reunirse con los oficiales escolares para hacer los arreglos necesarios)

EL FALLAR DE REGRESAR EL FORMULARIO FIRMADO SIGNIFICARA QUE EL ALUMNO NO SERA PERMITIDO DE PARTICIPAR EN ESTA ACTIVIDAD/ VIAJE DE ESTUDIOS.

ESTE FORMULARIO DEBE SER LLEVADO EN EL VIAJE POR EL REPRESENTANTE ESCOLAR.