

**EXCURSION VOLUNTARIA /PERMISO PARA EXCURSION
Y AUTORIZACION MEDICA - MENOR
Primaria o excursión extendida**

Por este conducto autorizo a mi hijo/a _____
para participar en el viaje de estudio fuera de la escuela descrito abajo.

Naturaleza de la excursión o actividad: _____

*Es esta una actividad acuática: Sí No Doy mi permiso a mi hijo/a para participar en una actividad acuática: Sí No

Destino: _____

Medio de transporte: Autobuses del Distrito _____ Transporte comercial _____ Otro _____
Vehículo privado conducido por: Padre/madre _____ Maestro/a _____

La información del Seguro/Licencia de conducir de California deberá estar en el archivo de la escuela.

FECHA _____ LUGAR _____

HORA DE SALIDA _____ HORA ESTIMADA DE REGRESO _____

MAESTRO/A _____ GRADO _____

En el caso de enfermedad o lesión, doy mi consentimiento para cualquier examen con rayos-X, uso de anestésico, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico o dental y cuidado hospitalario considerado necesario en el mejor juicio del médico de atención, cirujano, o dentista, y realizado por, o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o instalaciones que proporcionan servicios médicos o dentales.

Entiendo completamente que los participantes obedecerán todas las reglas y normas de conducta establecidas durante todo el viaje. Cualquier violación de estas reglas y normas pueden resultar en que el individuo sea enviado a su casa con cargo a sus padres.

Firma del padre/madre/tutor Fecha

Domicilio Teléfono

Seguro médico familiar Número de Póliza

Domicilio de la Compañía de Seguros

UNA NOTA ESPECIAL PARA LOS PADRES/TUTORES:

- (1) Todos los medicamentos deberán ser registrados en esta forma;
- (2) Todos los medicamentos, excepto aquellos que debe traer consigo el alumno para uso de emergencia, deberán estar al cuidado y distribuidos por el personal;
- (3) (____) marque aquí si no existen problemas especiales de los que el personal debería estar alerta y si no se requieren medicamentos para la excursión;
- (4) Si cualquier medicamento va a ser tomado por el alumno, enlistarlos aquí:

Nombre del medicamento y razón: _____

Si su hijo/a tiene algún problema médico especial, favor de adjuntar una descripción de ese problema a esta forma.