

Formulario de Autorización y Exención del Padre/Tutor para un Paseo Escolar

Estimado Padre/Tutor:

Se requiere de su permiso para que su hijo participe en un paseo escolar/excursión ("Viaje") del Distrito Escolar de Mountain View Whisman. A ningún estudiante se le permitirá participar en el Paseo, sin este formulario de autorización firmado. La Participación en estas actividades es completamente voluntaria.

Destino/Duración/Detalles Relacionados al Paseo:

Salones (s): _____

Maestros): _____

Fecha del Paseo: **11/03/2023**

Destino: **Actividades en la planta escolar**

Hora de Salida: **N/A** Hora de Regreso: **N/A**

Llevará su almuerzo: **N/A** Comprara almuerzo \$3.50: **N/A**

Transporte: Caminará **N/A** Autobús **N/A** VTA **N/A**

Padre Autorizado para Manejar **N/A**

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grade: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Teléfono Celular del Padre/Tutor: _____

Dirección: _____

INFORMACION SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

TODOS los medicamentos deben registrarse en este formulario. Todos los medicamentos, excepto aquellos que deben mantenerse con el estudiante para ser usados en caso de emergencia, y **DEBEN** ser guardados y distribuidos por el personal del Distrito.

____ Marque aquí, si **no hay problemas médicos especiales del estudiante**, de los cuales el personal del Distrito debe estar informado y no se requiere de medicamentos para el paseo escolar.

____ Marque aquí, si **hay medicamentos que deben ser tomados por este estudiante**. Adjunte a este formulario el nombre y la dosis del medicamento, una descripción de la salud o del problema médico, y cualquier problema adicional, del que el personal del Distrito deba estar informado; y si la distribución de los medicamentos debe ser mantenida confidencial y discreta.

- Compañía de Seguro Médico (ej., Kaiser, etc.) _____ Número de Póliza: _____
- Dirección/Número Telefónico del Seguro Médico _____

Persona a Notificar en Caso de Emergencia (Que no sea el Padre/Tutor): _____

Teléfono Celular: _____ Relación/Parentesco: _____

RECONOCIMIENTO, ACEPTACIÓN DE RIESGO POTENCIAL, EXCENSION, REGLAS Y EL REGLAMENTO

Yo autorizo a _____ [nombre del estudiante], a participar en el Paseo Escolar descrito arriba. Entiendo y reconozco que estas actividades por su propia naturaleza, plantean el riesgo potencial de lesión/enfermedad grave para las personas que participan en estas actividades. En caso de enfermedad o lesión, (1) por la presente, doy mi autorización para que le sean realizados rayos x, examen, anestesia, diagnosis médica, quirúrgica, dental, tratamiento y atención hospitalaria que se consideren necesarios por el médico tratante, cirujano, o dentista y llevados a cabo, o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o instalaciones proveedoras de los servicios médicos o dentales o, (2) he adjuntado a este formulario con indicaciones específicas, cómo se limitará el tratamiento médico para mi hijo.

Entiendo y admito que para poder participar en estas actividades, el niño/a y yo acordamos asumir el riesgo y la responsabilidad sobre cualquier riesgo, o todo el riesgo potencial, que pudieran estar asociados con la participación en estas actividades. Renuncio al derecho de interponer una demanda en contra del Distrito, exonero a los oficiales del Distrito, agentes, empleados o voluntarios de cualquier responsabilidad, o demanda que pudiera surgir en conexión con la participación de mi hijo en esta actividad.

Entiendo que los participantes deben respetar todas las reglas y el reglamento de conducta gobernante, durante el Paseo Escolar. Cualquier violación a estas reglas y reglamentos, podrían resultar en que la persona sea enviada a casa, a expensas de su padre/tutor.

Firma del Padre/Tutor

Fecha