

SPRECKELS UNION SCHOOL DISTRICT

PO Box 7362
Spreckels, CA 93962
Teléfono 831-455-2550
Fax 831-455-1296

**AUTORIZACIÓN MÉDICA Y PERMISO PARA
VIAJE ESCOLAR EN EXCURSIÓN VOLUNTARIA;
MENOR**

____Escuela_Spreckels

____Secundaria Buena Vista

Padre/Tutor:

Completar esta forma le permitirá a su hijo(a) participar en los viajes escolares en el año, tanto caminando como en autobús, que ocurran en las horas de clases. De cualquier forma, usted siempre será informado de los viajes escolares antes de la fecha que ocurran.

Mi hijo(a), _____, tiene mi permiso para participar en los viajes escolares durante el año escolar 2019-20.

Firma del padre _____ Fecha _____

Entiendo que durante cualquier viaje escolar o excursión pueden ocurrir ciertos peligros, incluyendo pero no limitados a los peligros creados por la fuerza de la naturaleza, y peligros de viajar por aire, tren, autobús, automóvil, y otros medios, incluyendo caminar.

En caso de enfermedad o heridas, por la presente autorizo cualquier examen de rayos x, anestésicos, médicos, diagnósticos quirúrgicos o dentales, o tratamiento y cuidado en hospital que se considere necesario en el mejor de los juicios del doctor o dentista, efectuado por o bajo supervisión de un miembro del equipo médico del hospital o institución que ofrezca servicios dentales o médicos.

Como se establece en el Código de Educación de California Sección 35330, Entiendo y podría asumir todos los riesgos mencionados arriba, y mantendré al Distrito Escolar Unificado de Spreckels, sus oficiales, agentes y empleados libres de cualquier y toda responsabilidad o reclamo, el cual podría surgir de o en conexión con un viaje o participación en cualquier actividad organizada para el participante por el Distrito Escolar Unificado de Spreckels. Estos términos deberán servir como liberación y para asumir los riesgos de mis hijos(as), ejecutores y administradores y para todos los miembros de mi familia.

Entiendo completamente que los participantes deben observar todas las reglas y regulaciones que gobiernan la conducta durante el viaje. Cualquier violación de estas reglas y regulaciones podría resultar en que el individuo sea enviado(a) a casa y el costo debe ser cubierto por sus padres o tutores legales.

Nombre del Padre/Tutor legal: _____ Date: _____

Dirección del Padre/Tutor legal: _____

Compañía de Seguro Médico: _____ Número de Póliza: _____

EN CASO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE durante las actividades mencionadas arriba, me pueden llama al:

Teléfono: _____

*Si hay alguna condición médica específica, por favor adjunte las descripciones/instrucciones a esta forma de consentimiento. Todos los medicamentos, exceptuando aquellos que debe mantener consigo el estudiante para su uso en caso de urgencia, deben ser mantenidos y distribuidos por el personal. Si el estudiante debe tomar cualquier medicamento, enlístelo abajo;

Nombre del medicamento/Razon por la que se admimistra