

DISTRITO ESCOLAR NICASIO

Reglas y Regulaciones Administrativas

Serie 6000: Instrucción

Forma 6153C

Permiso y Forma de Autorización Médica para Excursiones Durante la Noche, Fuera del Estado o Fuera del País

Querido padre de familia/tutor:

Regrese este formulario a: _____ a mas tardar el día: _____

Mi hijo(a), _____ (*nombre y apellido*), tiene mi autorización para participar en la siguiente actividad voluntariamente y fuera de los límites de la escuela:

Destino(s) Final(es): _____ Transporte: _____

Fecha de salida: _____ Hora de salida: _____

Fecha de llegada: _____ Hora de llegada: _____

En el caso de enfermedad o lesión, doy mi consentimiento para que se lleve a cabo cualquier atención y tratamiento de rayos X, examen médico, anestesia, diagnóstico médico o dental, cirugía y los cuidados de hospital que se consideren necesarios a juicio del personal médico, cirujano o dentista, bajo la supervisión del personal médico en turno del hospital o la clínica médica o dental.

Como es estipulado en el Código de Educación de California, Sección 35330, yo estoy de acuerdo en mantener a la Escuela Nicasio, sus oficiales, agentes y empleados libres de toda responsabilidad o reclamación que pueda presentarse debido a o en conexión con la participación de mi hijo(a) en esta actividad.

Yo entiendo que los participantes deben cumplir todas las reglas y regulaciones de conducta que gobiernan durante la excursión. Cualquier violación de estas reglas y regulaciones podrán resultar en la expulsión individual del estudiante quien será enviado a casa y los costos estarán a cargo de su padre o tutor.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____ Otro Contacto: _____

Compañía de Seguro Médico _____ Poliza No. _____ Domicilio _____

Nota Especial para el Padre/Tutor

- (1) Todas las medicinas deben ser registradas en esta forma.
- (2) Todas las medicinas, excepto aquellas que deben permanecer con el estudiante para uso en emergencia, debe permanecer y ser distribuída por un personal de la escuela.
- (3) Si su hijo(a) está tomando cualquier medicina, escriba los nombres aquí: _____

Nombre de la medicina y la razón para tomarla

- (4) Si su hijo tiene cualquier otra condición de la que nosotros debemos estar al pendiente, por favor descríbala en seguida o adjunte otra hoja de papel si es necesario.