



PERMISO DE PARTICIPACIÓN EN VIAJES DE ESTUDIO O ACTIVIDAD ESCOLAR



_____ Escuela

PARA SER LLENADA POR EL PERSONAL ESCOLAR:

Descripción del viaje de estudio o actividad: _____

Fecha(s) del viaje: _____

Transportación será proveída por: _____

Autobús Escolar Otra manera _____

Los participantes saldrán de (ubicación) _____ a las (hora de salida) _____ y regresarán aproximadamente a las (hora de regreso) _____. **Si los participantes regresan después del horario regular de salida de la escuela, y son transportados por el autobús escolar, sus padres tendrán que hacer planes para la transportación de regreso a casa.**

INSTRUCCIONES ESPECIALES: (Una bolsa de almuerzo, ropa especial, etc.) _____

PARA SER LLENADO POR EL PADRE/MADRE/TUTOR:

Por medio de la presente doy permiso a (nombre del estudiante) _____ (a continuación refiriéndose como “dependiente”) a participar en el viaje de estudio o actividad escolar mencionada anteriormente. Entiendo completamente que él/ella tiene que seguir las reglas y regulaciones que gobiernan la conducta durante este viaje de estudios. Entiendo que quien este determinado en violar estas reglas por su forma de comportamiento en general, será regresado a su hogar a costo de sus padres o tutores, además será sujeto a acciones adicionales disciplinarias.

Yo entiendo y reconozco, de acuerdo a la Sección del Código de Educación 35330, que al dar mi consentimiento a mi dependiente al participar en este viaje de estudios, deberé, de acuerdo a la ley, renunciar a todos los derechos de demandar al Distrito Unificado Escolar de Rialto y cada uno de sus oficiales, empleados y agentes (a continuación refiriéndose como “Distrito”) por cualquier daño/lesión en caso de accidente, enfermedad, o muerte si sucede durante o por causa de este viaje de estudios. También estoy de acuerdo en librar al Distrito de cualquier responsabilidad de daños de perjuicios o pérdida de propiedad de mi dependiente que ocurra durante o por causa del viaje de estudio.

En evento de alguna enfermedad o lesión, por medio de la presente, doy permiso a cualquier clase de exámenes, rayos-X, anestesia, diagnóstico médico, dental o de cirugía, si se considera necesaria para la seguridad y bienestar de mi dependiente. También entiendo que el Distrito no tiene seguro para cubrir tales costos médicos, y, por consiguiente, los gastos que resulten serán la responsabilidad de los padres/tutores o del participante. (Cuando sea posible, se intentará comunicarse con los padres/tutores antes de tomar cualquier acción médica.)

Firma del Padre/Madre/Tutor

Teléfono en casa

Fecha

Teléfono del trabajo de la madre

Teléfono del trabajo del padre

Seguro Médico/Seguro Estudiantil de Accidente*

Número de Póliza

Persona a contactar en caso de emergencia (en caso que no se pueda contactar al padre/madre/tutor)

Número de Teléfono

NOTA ESPECIAL PARA LOS PADRES/TUTORES:

- **Todos los medicamentos deberán de estar registrados en la escuela, siguiendo los procedimientos de la Oficina de Servicios de Salud del Distrito. Comuníquese con la escuela para los procedimientos específicos.**

Marque aquí si su dependiente tiene alguna condición médica o si él/ella requiere tomar medicinas durante el viaje. Describa cualquier problema especial médico o medicinas que debe de tomar, al igual que la razón por que debe de tomarlas:

Marque aquí si su dependiente no tiene condición médica las cuales el personal escolar deberá saber o si no requiere de medicina durante el viaje.

- Habrá bolsa de almuerzo gratis, de precio reducido, o de precio complete disponible para los participantes. (Comuníquese con la escuela para los precios.) Marque aquí si desea que se le provea almuerzo a su dependiente.

***Si usted no tiene seguro médico, usted puede obtener una póliza de seguros contra accidentes a costo reducido. Estas formas pueden ser obtenidas en las oficinas de su escuela.**