

**PERMISO DE VIAJE DE ESTUDIO/EXCURSION
CONSENTIMIENTO PARA TRANSPORTAR Y TRATAR**

Excursiones y Actividades

ESTE FORMULARIO NO PUEDE SER ALTERADO DE ALGUNA MANERA

Permiso de Viaje de Estudio/Excursión

_____ tiene mi permiso para participar en las actividades que se enumeran a continuación. Entiendo perfectamente lo siguiente:

1. La participación en estas actividades es voluntaria;
2. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación al distrito escolar por escrito; y
3. La revocación no es efectiva hasta que la recepción es reconocido por el distrito escolar.
4. "Todas las personas que efectúen el viaje o excursión se considerara que ha renunciado a todo reclamo contra el distrito o el Estado de California por cualquier lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurra durante o por razón de su viaje o excursión." (Código de Educación de California, Sección 35330)
5. El viaje de estudio / excursión puede incluir, pero no limitarse a:

Actividad - Destino	Lugar	Salida Fecha / hora
_____	_____	_____
_____	_____	Retorno Fecha / hora
_____	_____	_____

Consentimiento para el Transporte

En conformidad con el Código de Educación de California, Sección 35350, mi firma da permiso para el transporte (si es aplicable).

Consentimiento para Tratar

En caso de enfermedad o lesión, doy mi consentimiento para el examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento y la atención hospitalaria médica, quirúrgica o dental se considera necesario en el mejor juicio de los médicos a cargo y / o dentista y realiza o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital, centro u oficina proporcionar servicios médicos y / o dentales.

Inicial en todas las Casillas correspondientes a continuación y proporcionar información adicional cuando sea necesario:

_____ No hay problemas especiales que el personal debe tener en cuenta y no hay medicamentos que deben ser administrados en el viaje.

_____ El siguiente medicamento(s) es/son para ser administrados en el viaje:

_____. Instrucción escrita de un médico sobre dispensar se debe adjuntar a este formulario. Todas las recetas, con excepción de aquellas que deben estar siempre en la persona del estudiante en caso de emergencia, deben ser mantenidas y distribuidas por el personal.

_____ Mi hijo(a) tiene un problema médico especial de que el personal debe ser consciente. Una descripción del problema se adjunta al presente formulario.

_____ No transfusión de sangre o productos de sangre deben ser dados.

Entiendo perfectamente que mi estudiante debe cumplir con todas las normas y reglamentos de conducta durante el viaje. Cualquier violación de estas reglas y regulaciones puede resultar que la escuela se ponga en contacto conmigo para organizar el transporte a casa para mi hijo a mi gasto complete.

Firma del padre o Tutor legal

Fecha

Dirección donde los padres estén durante el viaje

Teléfono donde los padres pueden ser localizados durante el viaje

Padres/Guardianes Compañía de seguro de salud / MEDI-CAL

Numero de póliza