

## Distrito Escolar Unificado de Carmel

### Consentimiento para una excursión patrocinada por la escuela o una excursión de voluntariado

#### ESTUDIANTES PARTICIPANTES

Estimado padre / tutor: Este formulario sirve como un permiso para una excursión específica o una excursión voluntaria. La excursión o excursión es voluntaria. Si el viaje se lleva a cabo durante el horario escolar y usted no da su consentimiento para la participación de su hijo en el viaje, se proporcionará una actividad educativa alternativa para su hijo en la escuela.

#### **POR FAVOR, COMPLETE Y DEVUELVA AL PROFESOR PATROCINADOR**

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_

tiene mi permiso para participar en la siguiente excursión autorizada o actividad voluntaria:

Destino: \_\_\_\_\_

Modo de transporte: \_\_\_\_\_ Conductor(es): \_\_\_\_\_  
Vehículo del distrito/vehículo privado Empleado/Padre/Tutor Voluntario del Distrito

Costo para el estudiante: \$ \_\_\_\_\_ \* ¿La excursión incluye nadar o vadear? Sí  No

Fecha y hora de salida: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de regreso: \_\_\_\_\_

Profesor patrocinador: \_\_\_\_\_ Clase: \_\_\_\_\_

\* Marca aquí si estás interesado en información sobre una beca

Soy consciente de que durante cualquier viaje de campo o excursión pueden ocurrir ciertos peligros, incluidos, entre otros, los peligros de accidentes o enfermedades en lugares sin instalaciones médicas; peligros creados por las fuerzas de la naturaleza, y peligros de viajar por aire, tren, autobús, automóvil y otros medios, incluyendo caminar.

En caso de enfermedad o lesión, doy mi consentimiento para cualquier examen de rayos X, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico, quirúrgico o dental y atención hospitalaria que se considere necesario en el mejor juicio del médico tratante, cirujano o dentista y realizado por o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o instalación que proporciona servicios médicos o dentales.

**Como se indica en la Sección 35330 del Código de Educación de California: Se considera que todas las personas que realizan la excursión o excursión han renunciado a todas las reclamaciones contra el Distrito o el Estado de California por cualquier lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurra durante o debido a la excursión o excursión.**

Entiendo completamente que los participantes deben cumplir con todas las reglas y regulaciones que rigen la conducta durante el viaje. También entiendo que las pertenencias y el equipaje de los estudiantes de secundaria pueden estar sujetos a inspección por perros no agresivos especialmente entrenados para detectar sustancias ilegales. Cualquier violación de estas reglas y regulaciones puede resultar en que esa persona sea enviada a casa a expensas de él / o los padres y la acción disciplinaria apropiada.

Marca aquí si está interesado en tener un almuerzo escolar gratuito proporcionado para su estudiante en esta excursión. (ÚNICAMENTE excursiones regulares del día escolar)

## POR FAVOR, COMPLETE AMBOS LADOS\*\*\*

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Números de contacto de emergencia (pueden ser padres/tutores)

Nombre	Relación	Teléfono

**REQUERIDO – POR FAVOR MARQUE AL MENOS UNO, Y FIRME A CONTINUACIÓN:**

Marca aquí si su estudiante **NO** tiene problemas de salud o información que debemos tener en cuenta en este viaje.

Marca aquí si su estudiante tiene alguna necesidad o requisito de salud que debemos conocer, es decir, comidas especiales, alergias, etc. ... (Tenga en cuenta a continuación en la sección de comentarios)

Marca aquí si su estudiante requiere Solo el epi-pen, los suministros para la diabetes y los inhaladores pueden ser transportados por el estudiante en el viaje. (El Formulario CUSD #304 debe estar ya archivado o completado antes del viaje. Esto se aplica tanto a los medicamentos recetados como a los de venta libre. Comuníquese con la oficina de salud de su escuela si tiene preguntas\*\*)

**NOTA:** Si su hijo va a tomar medicamentos durante el viaje, el Código de Educación de California requiere:

1. Se debe proporcionar el permiso de los padres y las instrucciones del médico para cada medicamento, que es lo que completar el Formulario # 304 hará por el estudiante.
2. Los medicamentos deben ser llevados a la oficina de salud antes del viaje (si aún no están allí) en un recipiente con etiqueta de farmacia o envase original para ser almacenados y administrados por el personal de la escuela.
3. Solo el epi-pen, los suministros para la diabetes y los inhaladores pueden ser transportados por el estudiante en el viaje.

Comentarios-

Compañía de Seguro Médico Familiar

Número de póliza

**SOLO PARA EXCURSIONES ACUÁTICAS , MARCA AL MENOS UNA:**

Sí, mi hijo puede participar en la natación o vadear. Describa la capacidad de natación del estudiante: \_\_\_\_\_

No, mi hijo no tiene permiso para nadar o vadear.

Firma del padre/tutor

Fecha

Número de teléfono

\*\*Números de teléfono de contacto de la oficina de salud

Escuela Primaria Carmel River – (831)624-4609  
 Escuela Primaria Tularcitos – (831)620-8195  
 Escuela Primaria Capitán Cooper – (831)667-2452

Escuela Intermedia Carmel – (831)624-2785  
 Escuela Secundaria Carmel – (831)624-1821  
 Carmelo Desarrollo Infantil – (831)624-8047