

**Renuncia al derecho de hacer reclamaciones, y autorización médica
que se aplican a las excursiones o paseos voluntarios afuera del condado, después del
horario escolar o durante la noche**

ESTUDIANTES PARTICIPANTES

Estimado padre/madre o tutor:
Este formulario sirve como permiso para asistir a una excursión determinada.

POR FAVOR COMPLÉTELO Y ENTRÉGUELO AL MAESTRO PATROCINADOR.

Doy mi permiso a _____ (nombre del estudiante) para que participe en la siguiente excursión o actividad voluntaria autorizadas:

Destino: _____ Costo: _____

Fecha y hora de partida: _____

Fecha y hora de regreso: _____

Maestro patrocinador: _____

Soy consciente de que cualquier excursión o paseo implican ciertos peligros que incluyen, pero que no están limitados a: accidentes o enfermedades en lugares donde no hay establecimientos de atención médica; peligros que surgen de las fuerzas de la naturaleza y los peligros de viajar en avión, tren, autobús, automóvil y otros medios de transporte, incluso a pie.

Si mi hijo(a) llegara a enfermarse o lastimarse, por el presente documento autorizo cualquier radiografía, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico u odontológico, y atención médica que se consideren necesarios según el entender del médico, cirujano o dentista, y que se practiquen por o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o establecimiento que preste servicios médicos u odontológicos.

Según establece el Código de Educación de California, Artículo 35330, comprendo que puedo asumir todos los riesgos mencionados arriba, y acepto mantener al Carmel Unified School District, a sus funcionarios, representantes y empleados, libres de cualquiera y de todas las responsabilidades o reclamaciones que puedan surgir en conexión con viajes o con la participación en cualquier actividad que el Carmel Unified School District haya organizado para el(la) participante. Esto también servirá como liberación de toda reclamación y aceptación de tales riesgos por parte de mis herederos, albaceas y administradores, y por parte de todos los miembros de mi familia.

Entiendo que los participantes deberán cumplir todas las reglas y reglamentaciones de conducta durante el viaje. También entiendo que las pertenencias y equipaje de los estudiantes de la escuela secundaria podrían estar sujetos a inspección por perros no agresivos y entrenados especialmente para detectar sustancias ilegales. Cualquier violación de estas reglas y reglamentaciones podría resultar en el envío del individuo a su casa a sus expensas o a expensas de sus padres y en la aplicación de las medidas disciplinarias correspondientes.

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Grado

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

Número de teléfono

Domicilio

Código postal

Compañía de seguro médico de la familia

Número de póliza

- Marque aquí si está interesado(a) en que su hijo(a) reciba un almuerzo escolar en esta excursión.
- Marque aquí si está interesado(a) en recibir información acerca de una beca, porque no tiene dinero suficiente.

NOTA AL MAESTRO: Por favor, entregue una copia a la enfermera de la escuela.

Nombre del estudiante: _____

NOTAS ESPECIALES A LOS PADRES:

Marque aquí si su hijo(a) necesita tomar medicinas durante las excursiones. (Formulario nro. 304 del CUSD, *Request for School Personnel to Administer Medication/Pedido para que el personal de la escuela administre medicinas a mi hijo/a*).

Marque aquí si su hijo(a) necesita tomar medicinas que no están cubiertas por el formulario existente del CUSD nro. 304, *Request for School Personnel to Administer Medication*; **es decir, medicinas que se toman a la noche.**

Marque aquí si su hijo(a) tiene que comer un alimento/comida especial o tiene otras necesidades de salud. (Por favor, descríballo al dorso)

Marque aquí si **no** existen problemas especiales que el personal debería conocer y si su hijo(a) **no** necesita tomar medicinas mientras está en un viaje.

ÚNICAMENTE PARA VIAJES DURANTE LA NOCHE Por favor, díganos la fecha aproximada de aplicación de la última aplicación de la vacuna contra el tétanos: _____

Información médica y permiso para administrar medicinas

Por favor, describa el problema de salud de su hijo(a) y cualquier alimento/comida especial u otras necesidades que tenga, además de las medicinas:

Números de teléfono de emergencia

Nombre	Relación	Número de teléfono

Si su hijo(a) tiene que tomar medicinas mientras está en un viaje, el Código de Educación de California exige:

- 1) Para cada medicina, deberán presentarse el permiso de sus padres y las instrucciones del médico.
Esto se aplica tanto para las medicinas recetadas como para las que no necesitan receta.
Complete el Formulario nro. 304 del CUSD, *Request for School Personnel to Administer Medication*.

- 2) La(s) medicina(s) debe(n) llevarse a la oficina antes del viaje, y deberá(n) estar en el envase con la etiqueta de la farmacia para ser almacenado y administrado por el personal de la escuela.

IMPORTANTE: Para los problemas/enfermedades crónicas se podrían hacer los arreglos necesarios para que el estudiante lleve la medicina consigo y la tome por sí solo si los padres y su médico así lo pidieran por escrito **y** obtuvieran la aprobación por adelantado de la enfermera de la escuela.

Permiso del padre/madre: Por el presente pido que un miembro del personal de la escuela nombrado por el director ayude a mi hijo(a) para que tome su medicina.

Firma del padre/madre o tutor **X** _____ Fecha _____

CUSD # 207 Waiver and Medical Authorization: Out of County, After School, or Overnight, Field Trip or Voluntary Excursion