



MONTEREY PENINSULA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
PASEO ESCOLAR/EXCURSIONES

PERMISO DE PADRE O TUTOR, FORMULARIO DE DESCARGO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACION MEDICA

ESCUELA: _____

EVENTO: _____ LUGAR: _____

FECHA: _____ HORA: _____ SALIDA _____ REGRESO _____

NOMBRE DEL ALUMNO: _____ TEL: _____

PADRE DE FAM.: _____ OTRO TEL: _____

Estoy enterado que los paseos escolares/excursiones se planean como parte integra del programa escolar y que los maestros acompañan a los alumnos y los supervisan en todo momento. Comprendo que es la política del distrito la de permitirle a los alumnos que participen en dichos paseos solo cuando el padre de familia/tutor ha dado permiso escrito.

Sé que durante cualquier paseo escolar o excursión pueden ocurrir ciertos peligros, que pueden incluir, pero que no se limitan a los peligros de accidente o enfermedad en lugares sin atención medica, peligros causados por las fuerzas de la naturaleza, los peligros de viajar por autobús escolar, por automóvil y otros medios, incluyendo caminar a pie.

Como declara la sección 35330 del Código de Educación de California, comprendo y asumo la responsabilidad por los riesgos antes mencionados, dejare a salvo al Monterey Peninsula Unified School District, sus oficiales, agentes y empleados de cualquier responsabilidad o reclamos provenientes de este paseo o participación en cualquier actividad que el Monterey Peninsula Unified School District haya organizado para mi hijo.

Entiendo plenamente que mi hijo deberá obedecer todas las reglas y reglamentos que rigen la conducta durante este paseo. Cualquier infracción de esta reglas y reglamentos puede resultar en que se envíe mi hijo a casa a mi costo o al costo de el(la).

En caso de enfermedad o lesión, por este medio doy permiso a cualquier examen de rayos-x, diagnostico anestésico, médico, quirúrgico o dental, o atención de hospital que se considerase necesario en la opinión profesional del médico, cirujano o dentista, realizado bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o plantel que realice los servicios médicos o dentales. También entiendo que yo soy responsable por cualquier gasto incurrido para tal tratamiento o atención medica.

Mi hijo (de nombre antes citado) tiene un problema especial médico del cual deben estar consciente el personal y la(s) siguiente(s) droga(s) son necesarios para el viaje. Nombre de la(s) medicinas(s) _____

_____ SI _____ NO

NOTA: Si su hijo tiene un problema especial médico, favor de incluir adjunto los detalles del problema.

PERMISO: Por este medio doy mi permiso para que mi hijo (de nombre antes citado) acompañe a la clase o grupo en este viaje/excursión patrocinado por la escuela.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

* Este formulario debe completarse y estar archivado en la oficina de la escuela antes de la participación del estudiante en cualquier paseo escolar/excursión.