Por favor responda en inglés

Madison County Board of Education
PADRE/MADRE/APODERADO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXCURSIONES

Spanish
Field Trip Permission form

Nombre del alumno_____ Escuela_____ Fecha_____

Información general

La _____

está planeando un viaje a _____

El propósito de este viaje es_____

Destino del viaje _____Número telefónico (_____)_____

Dirección _____Lugar de alojamiento _____

Saldremos desde _____alrededor de las (hora) _____ ❑ AM ❑ PM

el (fecha) _____Regresaremos a la escuela el (día)_____ (fecha) _____

alrededor de las (hora) _____ ❑ AM ❑ PM ❑ Se adjunta el itinerario ❑ Se adjunta lista de artículos necesarios

Asistirán: cantidad de alumnos _____ cantidad mínima de adultos/acompañantes _____

Tipo de transporte

❑ Vehículo del distrito ❑ Transporte comercial ❑ Autobús del distrito

❑ Otro (explique) _____

Información médica

Deben tomarse en cuenta los siguientes problemas de salud especiales y llevarse a cabo las precauciones pertinentes (anote afecciones como reacciones inusualmente graves a la picadura de abejas, otras alergias graves, hemofilia, diabetes, afecciones cardíacas, etc.)

_____

_____

Se necesitan los siguientes medicamentos, recetas o dietas especiales: _____

_____

Autorización médica

En caso de un accidente o enfermedad, comprendo que se realizarán esfuerzos razonables por comunicarse inmediatamente con los padres/apoderados. Sin embargo, si no me pueden ubicar, autorizo a que el distrito escolar procure la atención médica de urgencia que sea necesaria.

¿Su hijo tiene cobertura de seguro médico? ❑ sí ❑ no

Se recomienda que todos los alumnos tengan un seguro médico o un seguro estudiantil contra accidentes.

❑ Puede obtener un seguro estudiantil contra accidentes mediante _____. Comuníquese con la oficina de la escuela para obtener mayor información.

Nombre del médico preferido _____Número telefónico (_____)_____

Nombre de compañía de seguros _____No. de póliza_____

Esta actividad proporciona una experiencia de aprendizaje a los alumnos y les permite aplicar lo que han aprendido en la sala de clases. Si tiene preguntas o dudas sobre esta actividad, comuníquese con _____ .

Aunque comprendo que el distrito escolar realizará todos los esfuerzos razonables por proporcionar un entorno seguro, estoy totalmente consciente sobre los peligros especiales y riesgos inherentes de participar en la actividad, incluyendo lesiones y/o la muerte. Con total conciencia de los riesgos, autorizo que (student) _____ participe en la actividad.

Nombre del padre/madre/apoderado _____ Teléfono diurno (_____)_____

Dirección hogar _____ Teléfono nocturno (_____)_____

Contacto de emergencia _____ Teléfono de emergencia (_____) _____

Firma del padre/madre/apoderado _____ Fecha _____

La firma del padre/madre/apoderado indica su conocimiento y aprobación de la actividad antedicha. Este formulario debe devolverse a la escuela antes de que el alumno participe en la actividad.

Rev. 9/98

© TransACT 2017 v 22
Lynnwood, WA 98036
14001