

AUTORIZACIÓN PARA PASEO EDUCATIVO Y EXCURSIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MEDICO

Dentro del Estado

(Menor de Edad)

Fuera Del Estado

Es un requisito completen esta forma para todos los paseos educativos o excursiones.

Nombre del Estudiante

Fecha de Nacimiento (para los propósitos de emergencia)

Dirección del Estudiante

Nombre de la Escuela

Clase/Programa

Maestro

Fecha(s) de Paseo Educativo/ la Excursión

Ubicación del Paseo Educativo / la Excursión

Proveedor de Transporte Escolar

1. **Por medio de la presente autorizó que mi hijo(a) o menor de edad (nombre escrito anteriormente) para participar en este paseo educativo o excursión.**
2. **Con respecto a la asistencia especial o modificaciones:** ¿Es necesario que se le facilite asistencia especial o modificaciones a su hijo(a) o menor de edad para que participe en este paseo educativo o excursión?
 No Si Explique por favor. _____
3. **Con respecto a la administración de medicamento:** Todos los medicamentos deben ser recetados, **incluyendo** los medicamentos sin receta. ¿Es requisito que su hijo(a) o menor de edad tome medicamento durante el curso de este paseo educativo o excursión?
 No Si **El padre o tutor legal debe comunicarse con su escuela** para obtener la solicitud SFA-5010S, "Autorización para tomar cualquier medicamento durante el horario escolar," forma SFA-5030S, "Autorización Para Cualquier Medicamento Tomado Durante Horas Escolares, Actividades Escolares, Y Paseo," o la forma SFA-5040S, "Extensión de la solicitud de autorización para tomar medicamento durante el paseo educativo y la excursión" (el cual debe ser firmado por el padre o tutor legal o el médico del niño(a) o menor de edad).
4. **Si usted tiene seguro médico, por favor regístrelo:**

Compañía de Seguro Médico

Número de Póliza

Número de Grupo

5. **Por favor enumere los nombres de contacto de emergencia adicional, si el padre/tutor no están disponible:**

Contacto de emergencia

Teléfono

Contacto de emergencia

Teléfono

6. **Conducta:** Yo comprendo cabalmente que todos los participantes deben de acatar y aceptar todas las reglas y los requisitos que rigen la conducta durante el Paseo Educativo o la Excursión. Hasta cierto punto permitido por el Código de Educación, cualquier participante que se determine estar en violación de las normas de conducta será enviado a casa a gasto propio del participante o gasto de sus padres o tutores legales.
7. **Renuncia de reclamaciones:** Comprendo que el artículo 35330 del Código Educativo de California establece la siguiente información:
"Todas las personas participantes en los paseos educativos o las excursiones considerarán renunciar a todos los derechos (reclamaciones) en contra del distrito, una escuela autónoma, o el Estado de California por motivo de una lesión, un accidente, una enfermedad o fallecimiento ocurrido durante ó a causa del paseo educativo o la excursión. Todos los adultos que realicen paseos educativos o excursiones fuera del estado y todos los padres de familia o tutores legales de los alumnos que participen en paseos educativos o excursiones fuera del estado firmarán una declaración renunciando a todos los derechos."

Al proveerle consentimiento a mi hijo(a) o al menor de edad para asistir y participar en este paseo educativo o excursión, yo renuncio a todas las reclamaciones en contra del distrito por motivo de una lesión, un accidente, una enfermedad, o fallecimiento ocurrido durante o por consecuencia de este paseo educativo o excursión.

Yo comprendo que el distrito no requiere la participación de mi hijo(a) o del menor de edad en este paseo educativo o excursión y yo presento esta petición voluntariamente, debido a que deseo que mi hijo(a) o el menor de edad participe en el paseo educativo o excursión. Igualmente, comprendo que, si no autorizo la participación de mi hijo(a) o del menor de edad, éste participará en actividades alternativas, por las cuales mi hijo(a) o el menor de edad recibirá créditos completos.

8. **En caso de una enfermedad o una lesión,** por la presente doy consentimiento de cualquier transporte, radiografías, examen, anestesia, diagnostico quirúrgico médico, dental o tratamiento y cuidado de hospital por parte de un médico acreditado considerado necesario para la seguridad y el bienestar de mi hijo o del menor de edad. Queda entendido que los gastos generados serán la responsabilidad del (de los) padre(s) / del (de los) tutor(es) del menor de edad.
9. **He leído cuidadosamente esta solicitud, comprendo cabalmente su contexto y voluntariamente acepto los términos y su proceso.**

Firma de los Padres/Tutor

Fecha

Teléfono de Casa

Teléfono de Trabajo

Teléfono de celular o bíper