

Districto Escolar
Unificado de Escalon

**Excursion Voluntaria/Aviso del viaje
y Autorizacion Medica – Menor**

Estimados Padres/Guardianes

Amablemente complete y devuelve esta forma:

_____ (escuela)
_____ tiene mi permiso para participar en la siguiente activide:
_____ (nombre del estudiante)

_____ (actividad)
Tipo de Transportacion: _____

Fecha y Tiempo de Partida: _____ Fecha y Tiempo de Regreso _____

En caso de enfermedad o lastimadura doy mi consentimiento para rayos-X, examinacion, anestesia, medico, cirugia o un diagnostico dental o tratamiento y cuidado de hospital que se consideren necesarios en el mejor entendimiento del medico, cirujano, dentista o por los encargados de supervision medica del hospital o por la facultad medica o dental que ofrecen estos servicios.

Como lo establece Codigo 35330 en la Educacion de California. yo entiendo que el Distrito Escolar de Escalon, sus agentes oficiales, y empleados no son responsables de cualquier reclamo, la cual pueda resultar en coneccion con la participacion de mi hijo en esta activad.

Yo comprendo completamente que los participantes deben de seguir todas las reglas y relamentos guvernametales de conducta durante el viaje, cualquier violacion de estas reglas y reglamentos puede resultar en que ese individuo sea mandado a casa y los padres/guardianes tiene que pagar los gastos del individuo.

Firma de Padres o Guardianes: _____ Fecha: _____

Direccion: _____ Telefono: _____
(calle) (cuidad) (zona postal)

Firma del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

(Aseguranza) (Numero de la poliza)

(direccion) (calle) (cuidad) (zona postal)

Una nota especial para los padres o Guardianes: (1) Todas las medicinas deben ser registradas en esta forma; (2) Todas las medicinas, excepto aquellas que deben estar con el estudiante en caso emergencia, deben ser guardadas y destruidas por los encargados; (3) Marquen aqui si no hay problemas especiales que los encargados deben saber y no hay medicinas requeridas en el viaje (4) Si hay alguna medicacion o drogas que deben ser tomados por el estudiante por favor escriba aqui:

(Nombre de la medicina y razon) _____
Si su hijo o hija tiene algun problema especial, por favor ponga una descripcion de ese problema en esta hoja.