

AUTORIZACIÓN PARA PASEO EDUCATIVO Y EXCURSIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MEDICO (Adulto)

Dentro del Estado

Fuera del Estado

Es un requisito completar esta solicitud para todas las paseos educativos o excursiones.

Nombre de Estudiante

Nombre de Escuela

Clase/Programa

Maestro

Fecha(s) del Paseo Educativo / la Excursión

Ubicación del Paseo Educativo / la Excursión

Proveedor de Transporte Escolar

1. **Por medio de la presente me ofrezco como voluntario para participar en este paseo educativo o excursión.**
2. **Con respecto a la asistencia médica u otras modificaciones especiales:** ¿Es necesario que se le facilite asistencia especial o modificaciones a su hijo o menor de edad para que participe en este paseo educativo o excursión?

No Si. Explique por favor. _____

3. **Si usted tiene seguro médico, por favor regístrelo:**

Compañía de Seguro Médico

Número de Póliza

Número de Grupo

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

Contacto de Emergencia

Teléfono

Médico

Teléfono

5. **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/tutores.
6. **Renuncia de reclamaciones:** Yo 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 participar voluntariamente 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 mi participación en este paseo educativo o excursión y presento esta petición voluntariamente, debido a mi deseo de participar en el paseo educativo o excursión. Igualmente, comprendo que, si no participo, participaré en actividades alternativas, por las cuales recibiré créditos completos.

7. **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 salud. Asimismo, comprendo que los gastos generados serán mi responsabilidad.
8. **He leído cuidadosamente esta solicitud, comprendo cabalmente su contexto y voluntariamente acepto los términos y su proceso.**

Firma de Estudiante

Fecha

Teléfono de Casa

Teléfono del Trabajo

Teléfono celular o bípser