DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE POMONA (DISTRITO)
800 SOUTH GAREY AVENUE
POMONA, CA 91766

PARTICIPACION VONLUNTARIA DE UN ESTUDIANTE EN UNA EXCURSION ESCOLAR DEL DISTRITO
PERMISO DE LOS PADRES, ASUMO DE RIESGO Y AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO

Fecha:_____

Nombre del estudiante:_____, tiene permiso para participar en la siguiente excursion escolar:

Destino/Naturaleza de la Actividad:_____
(Por favor sea especifico e.g., Concierto en el Centro de Artes de Norwalk-LaMirada)

Instrucciones/Informacion Especial:_____
(e.g., necessita el lunche)

Salida
Fecha:_____ Hora:_____(AM/PM)

Regresso
Fecha:_____ Hora:_____(AM/PM)

Persona a cargo:_____Posicion:_____Escuela:_____

Forma de Transportacion
❑ Bus Escolar/Vehiculo ❑ Caminando ❑ Otro_____

Necesidades especiales de salud: Marque ✔ como se apropiado

	Mi estudiante no tiene necesidades especiales de salud de las cuales el personal debe ser notificado y no necesita tomar medicamento alguno.
	Mi estudiante tiene una necesidad especial y se adjuntan instrucciones. Numero de paginas adjuntas: _____ ← ***insert #***
	Otro:

En el caso de cualquier dano o perjuicio, o enfermedad, you, por este medio, doy consentimiento para cualquier examen de rayos X, examinacion medica, anestetico, diagnostico medico, dental, o de intervencion quirugica o tratamiento y cuidado de hospital considerado necesario de acuerdo al major juicio del medico asistente, cirujano o dentista, realizado bajo la supervision de un miembro del personal medico del hospital o establecimiento medico proveyendo los servicios medicos o dentales.

Yo entiendo completamente que los participantes se deben de regir por todas las reglas y regulaciones que gobiernan la conducta.

De acuerdo con el Codigo de Educacion de California Seccion 35330, yo estoy de acuerdo en renunciar a todo reclamo contra el Distrito, en declarar al Distrito, sus officials, empleados y agents, libres de danos y perjuicios por cualquier y toda obligacion y reclamos que sugieran de o en coneccion con la participacion de mi nino/nina en esta actividad. Esta renuncia, sin embargo, no se aplicara a cualquier dano o perjuicio que resultar exclusivamente por la negligencia de empleados o agents del Distrito

_____ _____ Trabajo (____)_____
Firma (Padre de Familia/Guardian) Por Favor escriba su nombre Casa (____)_____
Cell (____)_____

Fecha:_____

_____ _____
Firma del Estudiante Fecha de Naciemiento (MM/DD/YR)

Compania de Seguro Medico
de la Familia:_____ numero de Poliza:_____
(e.g., Blue Cross, Kaiser, Aetna, etc.)

En el evento de un accidente, por favor notifique a:

_____ _____ Trabajo (____)_____
Nombre Relacion Casa (____)_____
Cell (____)_____