

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

**PARTICIPACION VOLUNTARIA 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 excursión escolar:

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

Instrucciones/Información Especial: **TRANSPORTACIÓN NO ES PARTE DE ESTE VIAJE Y NO HABRÁ TRANSPORTACIÓN PARA ESTE EVENTO/ACTIVIDAD. PADRES/TUTORES LEGALES SON RESPONSABLES POR LA TRANSPORTACIÓN DE SU(S) ESTUDIANTE(S). SOLO HABRÁ SUPERVISIÓN EN LA DESTINACIÓN Y SOLO DURANTE LOS TIEMPOS ESPECIFICOS COMO SEAN DEFINIDOS PARA ESTE EVENTO/ACTIVIDAD LOS PADRES/TUTORES LEGALES DEBEN ESTAR DE ACUERDO QUE DEJARAN Y RECOJERAN A SUS ESTUDIANTES A TIEMPO DEL EVENTO/ACTIVIDAD.**

Instrucciones/Información Especial Adicional: _____
(e.g., dirección de evento, necesita almuerzo, etc.)

Llegar (Dejar en el evento)

Partida (Recoger del evento)

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

Persona a cargo: _____ Posición: _____

Forma de Transportación

O Bus Escolar/Vehículo O Caminando O Otro _____

Necesidades especiales de salud: Marque 4 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 daño o perjuicio, o enfermedad, yo, por este medio, doy consentimiento para cualquier examen de rayos X, examen medico, anestésico, diagnostico medico, dental, o de intervención quirúrgica o tratamiento y cuidado de hospital considerado necesario de acuerdo al mayor juicio del medico asistente, cirujano o dentista, realizado bajo la supervisión de un miembro del personal medico del hospital o establecimiento medico proveyendo los servicios médicos o dentales.

Yo entiendo completamente que los participantes se deben de regir por todas las reglas y regulaciones que gobiernan la conducta. Además, yo entiendo y consiento que abra periodos de tiempo durante esta actividad cuando mi hijo/a estará sin supervisión directa de personal del Distrito. **Entiendo y estoy de acuerdo que es mi responsabilidad de proveer transportacion para mi(s) estudiante(s) a y de a este evento incluso dejarlos y recojerlos a tiempo como ha sido definido.**

De acuerdo con el Código de Educación de California Sección 35330, yo estoy de acuerdo en renunciar a todo reclamo contra el Distrito, en declarar al Distrito, sus oficiales, empleados y agente, libres de danos y perjuicios por cualquier y toda obligación y reclamos que sugieran de o en conexión con la participación de mi niño/niña en esta actividad. Esta renuncia, sin embargo, no se aplicara a cualquier daño o perjuicio que resultar exclusivamente por la negligencia de empleados o agente del Distrito

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

Fecha: _____

Firma del Estudiante Fecha de Nacimiento (MM/DD/YR)

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

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

Trabajo (____) _____

Casa (____) _____

Nombre

Relación Celular (____) _____