



# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE MONTEBELLO

## PARTICIPACIÓN ESTUDIANTIL EN EXCURSIONES VOLUNTARIAS AUSPICIADA POR EL DISTRITO NO AUSPICIADA POR EL DISTRITO PERMISO DEL PADRE, ASUNCIÓN DE RIESGO Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA Forma de Excursión Estudiantil

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ tiene permiso para participar en la siguiente excursión:

Destino/Naturaleza de Actividad: \_\_\_\_\_  
(Por favor sea específico, ex., Concierto a UCLA)

Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_  
(Ex., Traer una bolsa con el almuerzo)

**Salida** **Regreso**  
Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Maestro(a): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

**Exención de Transportación** \_\_\_\_\_ **Iniciales del Padre/Tutor aquí**

Estudiante autorizado para usar el siguiente modo de transportación:

Autobús del Distrito Caminando Otro: \_\_\_\_\_

Necesidades de salud o especiales: Marque cuando sea apropiado.

Mi estudiante no tiene necesidades de salud que el personal deba tener conocimiento.

Mi estudiante tiene una necesidad especial y las instrucciones están anexadas. Número de páginas anexadas: \_\_\_\_\_.

**Liberación Médica** \_\_\_\_\_ **Iniciales del Padre/Tutor aquí**

En caso de enfermedad o lesión de emergencia, yo por este medio consiento a cualquier examinación de rayos X, diagnosis o tratamiento anestésico, médico, quirúrgico o dental y cuidado hospitalario y transportación de emergencia considerado necesario en el mejor juicio del médico, cirujano o dentista asistiendo y desempeñado bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o facilidad proporcionando servicios médicos o dentales. Además de eso entiendo que todos los gastos médicos son totalmente mi responsabilidad. (Si no está disponible el seguro familiar, por favor indague sobre una Póliza de Cobertura de Tiempo de Escuela para el año escolar actual. Vaya a la oficina de la administración de su plantel educativo).

Anexada está la Autorización Confidencial para Tratar a un Menor y Administrar Medicina firmada, 2 páginas (requerido).

**Declaración de Responsabilidad** \_\_\_\_\_ **Iniciales del Padre/Tutor aquí**

Entiendo completamente que los participantes deben guiarse por todas las reglas y ordenanzas gobernando la conducta durante la excursión. Si el maestro supervisor considera el comportamiento de un estudiante como incorregible, los padres serán informados y el estudiante será enviado al hogar a expensas de los padres. Vea los Reglamentos Administrativos de MUSD 5131 y 5131.1.

Como proporcionado por el Código de Educación Sección 35330, estoy de acuerdo en renunciar a todos los reclamos en contra del Distrito Escolar Unificado de Montebello (Distrito) y sustentar inocuo a sus oficiales, agentes y empleados de cualquier y toda responsabilidad o reclamos que pudieran originarse o en conexión con la participación de mi hijo(a) en esta actividad. Esta renuncia no debe aplicarse a cualquier ocurrencia la cual pudiera originarse exclusivamente por la negligencia del Distrito, sus empleados o agentes.

\_\_\_\_\_  
Firma (Padre/Tutor) (Imprima el Nombre de Padre/Tutor) Celular ( ) \_\_\_\_\_

Otro Número ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma (Padre/Tutor) (Imprima el Nombre de Padre/Tutor) Celular ( ) \_\_\_\_\_

Otro Número ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Estudiante Firma del Estudiante

Aprobación del Director/a \_\_\_\_\_