

Distrito Escolar Unificado de la Ciudad de San Bernardino

**Permiso para Excurción y Viajes de Observación - Menor de Edad
(Código de Educación Sección 35330)**

Nombre de la escuela _____ Por medio de la presente doy permiso a mi niño(a) _____ que participe en el viaje de observación a _____ como parte de su programa de educación regular. Este viaje será llevado a cabo del _____ del 20____ al _____ del 20____.

Comprendo perfectamente que mi hijo deberá aceptar todas las reglas y requisitos que gobiernan la conducta durante el viaje de observación. Comprendo también que cualquier niño que se determine que está en violación de estas reglas de comportamiento, o no las cumple, será enviado a su casa y los gastos serán pagados por sus padres.

Considerando el permiso dado y de acuerdo, en parte, con la sección 35330 del Código de Educación , yo, el suscrito, libro y exonero al Distrito Escolar Unificado de la Ciudad de San Bernardino, a sus oficiales y empleados y servidores (aquí colectivamente llamados ADistrito@), de toda obligación derivada de, o, vinculada con el viaje de observación arriba descrito, que pueda tener contra el Distrito, debido a muerte, daño o enfermedad personal, o debido a cualquier pérdida o daño a la propiedad de mi niño/a que ocurra durante el viaje de observación arriba descrito, y que resulte por cualquier causa que no sea por negligencia del Distrito.

En caso de cualquier enfermedad o daño personal, por este medio doy mi consentimiento a cualquier tipo de examinación, rayos-X, anestésicos, médico, dental o diagnóstico quirúrgica, o tratamiento y cuidado hospitalario por parte de un médico sirujano licenciado como sea necesario para la seguridad y el bienestar de mi niño/a. Comprendo también que los gastos que resulten serán de la responsabilidad de los padres, encargado o participante. (Cuando sea posible, se intentará comunicarse con los padres/encargados antes de tomar cualquier acción médica.)

Firma del padre o encargado Fecha Domicilio Teléfono de casa

Firma del estudiante Fecha Teléfono del trabajo del padre Teléfono del trabajo de la madre

Compañía de seguro médico Número de póliza

EN CASO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y SI NO SE PUEDE COMUNICAR CON LAS PERSONAS DE ARRIBA, FAVOR DE PONERSE EN CONTACTO CON:

Nombre Domicilio Teléfono

AVISO ESPECIAL A LOS PADRES/ENCARGADOS:

1. Todas las medicinas deben ser registradas en este formulario.
2. Todas las medicinas, excepto las que deben ser cargadas por el estudiante para uso de emergencia, deben ser mantenidas y distribuidas por el personal.
3. _____ Marque aquí si es que **NO** hay ningún problema especial que el personal deba saber, y **NO** se requieren medicinas en el viaje.
4. Si hay alguna medicina que el estudiante deba tomar, anótela aquí. _____

Nombre de las medicinas y la razón

Si su hijo/a tiene un problema médico especial, por favor adjunte una descripción de este problema a esta página.

RECUERDE, EL DISTRITO ESCOLAR **NO CUENTA** CON SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES.

Este formulario ha sido aprobado por el Consultor del Condado.