

## PERMISO PARA UN ESTUDIANTE ASISTIR A VIAJES EDUCATIVOS

Nombre del Estudiante: *(Favor de Imprimir)* \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres/Encargado: *(Favor de Imprimir)* \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Yo, el padre/madre o encargado del estudiante arriba mencionado, doy permiso para que mi hijo/a participe en el siguiente viaje educativo:

Fecha del viaje: \_\_\_\_\_

Hora de Partida: \_\_\_\_\_ Hora de Regreso: \_\_\_\_\_

Lugar y actividades: \_\_\_\_\_

### **Condiciones Médicas**

Los siguientes problemas de salud especiales de mi hijo/a deben ser notados – *si no hay problemas, favor de marcar “ninguno” (none)*;

- Condición cardíaca - Alergias *(favor de especificar si su hijo/a es alérgico a cualquier alimento o picada de abeja, de mosquito, etc.)*.  Asma  Hemofilia  Diabetes  Otros  Ninguno

Favor de describir con particularidad cualquier condición que anotó anteriormente, incluyendo cualquier medicamento u otras instrucciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de una emergencia médica, autorizo al maestro/chaperón a cargo de mi hijo/a en el viaje a garantizar la atención médica u hospitalización para mi hijo/a.

Nombre del Médico Familiar: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono de los Padres/Encargado (hogar): \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ (celular): \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia Alternativo: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Entiendo que el Distrito Escolar no provee seguro de salud a estudiantes para viajes educativos, y que soy exclusivamente responsable de ofrecer tal seguro y pagar por cualquier gastos del tratamiento médico de mi hijo/a que no sean cubiertos por un seguro.

**He leído la información que aparece en este formulario, verificando su precisión, y estoy de acuerdo con las declaraciones que aparecen en el mismo:**

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Madre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha