



CLEVELAND
METROPOLITAN
SCHOOL DISTRICT

PERMISO PARA UN ESTUDIANTE ASISTIR A VIAJES EDUCATIVOS

Nombre del Estudiante: *(Favor de Imprimir)* _____

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

Dirección: _____ Telefono: _____

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: _____

Hora de Partida: _____

Condiciones Medicas

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 alergico a cualquier alimento o picada de abeja, de mosquito, etc.).*
 Asma Hemofilia Diabetes Otros Ninguno

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

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

Nombre del Médico Familiar: _____ Numero 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 medico 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