



ESCUELAS DEL CONDADO DE ORANGE

Padres/Representante Legal INFORME DE CONSENTIMIENTO PARA LOS VIAJES O EXCURSIONES ESCOLARES

Escuela _____ Fecha _____

INFORME GENERAL

El /la/los _____ está planeando una excursión/Viaje _____

El propósito del viaje es _____

La fecha del viaje es _____

Los estudiantes saldrán (localización) _____

Los estudiantes retornarán (localización) _____

Costo del viaje _____ () Hay becas que están disponibles para cubrir el costo del viaje. Por favor
Póngase en contacto con su maestro(a) para recibir mayor información.

TIPO DE TRANSPORTE

() Autobús para la Actividad () Caminando () Vehículo Privado (se requiere un permiso especial)

Transporte Comercial: () Autobús Comercial () Vehículo Rentado () Avión

INFORMACIÓN MÉDICA

Los siguientes problemas de salud deben ser tomados en cuenta especialmente y llevarse a cabo las precauciones pertinentes (en liste las complicaciones y reacciones inusuales o severas como picaduras de abejas, otras alergias rigurosas, hemofilia, diabetes, y afecciones cardiacas, etc.)

Los siguientes medicamentos, prescripción médica o dieta especial son necesarias:

AUTORIZACION MÉDICA

En caso de un accidente o enfermedad, yo entiendo que se harán esfuerzos razonables por comunicarse inmediatamente con los padres/representante legal. Sin embargo, si no me pueden ubicar, autorizo a que el distrito escolar procure dar la atención médica de urgencia que sea necesaria.

Nombre de su médico preferido _____ Teléfono (____) _____

Nombre de la Compañía de Seguro _____ Póliza No. _____

Su hijo tiene seguro médico que lo cubre () Sí () No

Esta Actividad proporciona una experiencia de aprendizaje a los estudiantes y les permite aplicar lo que han aprendido en el salón de clase. Si usted tiene una pregunta o duda sobre esta actividad, comuníquese con _____

Además Yo entiendo que el distrito escolar realizará todos los esfuerzos razonables para proporcionar un entorno seguro, yo estoy plenamente consciente sobre los riesgos inherentes a la participación en la actividad. Estoy consciente completamente de los riesgos, Yo doy mi consentimiento para que el/la (estudiante) _____ participe en las actividades y autorizo al distrito para que obtengan los archivos médicos en caso de necesidad.

Nombre del Estudiante _____

Padres/Representante Legal _____ Teléfono Diurno (____) _____

Dirección del Hogar _____ Teléfono Nocturno (____) _____

Contacto de Emergencia _____ Teléfono Emergencia (____) _____

Firma del Padre/Madre/Representante Legal _____ Fecha _____

La Firma del Padre/Madre/Representante Legal indica su conocimiento y aprobación de la actividad antedicha. Esté formulario debe devolverse a la escuela antes de que el alumno participe en la actividad.