

EL DISTRITO UNIFICADO DE CHICO

1163 East Seventh Street
Chico, California 95928
(530) _____

PERMISO DE PADRES PARA EXCURSION DE LA ESCUELA Y TRATAMIENTO MEDICO

Por favor, llene la parte de arriba y abajo de esta forma. Escuela _____

(Nombre de estudiante) _____ tiene la oportunidad a participar en una actividad de la escuela que va a ser fuera de la escuela. Si usted está de acuerdo con los arreglos, por favor firme abajo y devuelva esta forma al supervisor de esta actividad.

Tipo de actividad _____

Destino _____

Fecha _____ Hora de partida _____ Hora/Fecha de regreso _____

Supervisor de la actividad _____

Modo de transportación: (Supervisor, por favor marque)

- A. Por ómnibus del distrito _____
- B. Por ómnibus (Nombre de la compañía) _____
- C. Otro (especifique) _____

Yo entiendo el tipo de actividad en que mi hijo(a) va a participar y se espera que él(ella) va a obedecer todas las reglas de la escuela durante esta actividad.

Yo entiendo que según el código de educación 44808, el distrito es obligado y responsable por la conducta y la seguridad de mi hijo(a) solamente cuando está bajo la supervisión directa del empleado del distrito.

Yo le doy permiso a mi hijo(a) a participar en la actividad nombrada arriba.

También estoy de acuerdo que en el evento de un accidente, enfermedad u otras circunstancias que se requiere atención médica, este tratamiento puede obtener para mi hijo(a) sin obligación monetaria al distrito.

Fecha _____ Firma de Padre/Guardián _____

INFORMACION MEDICA QUE EL SUPERVISOR DE LA ACTIVIDAD DEBE SABER _____

NUMEROS DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA _____

EL(LA) ACOMPAÑADOR(A) DEBE GUARDAR ESTA FORMA DURANTE LA ACTIVIDAD
(THIS FORM SHOULD BE KEPT BY THE CHAPERONE DURING THE ACTIVITY)

(Por favor, llene lo de abajo)

AUTORIZACION PARA TRATAR A UN MENOR DE EDAD

Yo(Nosotros) los padres que firman abajo o guardianes legales de _____ un menor de edad, aquí autorizamos y damos permiso a que tomen radiografías, exámenes, darle anestésico, diagnósticos médicos y quirúrgicos, tratamiento y cuidado de emergencia en hospital si es recomendable y administrado por miembros del hospital que sean licenciados bajo las provisiones de la acta de medicina y que sean miembros del hospital quienes tengan licencias válidas para operar un hospital del Departamento de Salud del Estado de California. Es entendido que harán esfuerzos de notificar a los firmantes antes de tratar al paciente pero el tratamiento necesario se les dará aunque los firmantes no se encuentren. Esta autorización es dada bajo las provisiones de la ley civil de California 25.8.

Fecha _____ Firma de _____

Padre y/o Madre, o Guardián

Alergia a drogas o comidas _____

Fecha de la última vacuna de Tétano _____

POR FAVOR, LLENE LA PARTE DE ARRIBA Y ABAJO DE ESTA FORMA