

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PALO ALTO
**PERMISO DE LOS PADRES/APODERADOS,
Y AUTORIZACION MEDICA (PARA EL MENOR)**

Para Paseos de Día Auspiciados por el Distrito o la Escuela

(Si considera que es inapropiado que su estudiante asista, por favor comuníquese con el maestro/a a cargo del paseo.)

_____ tiene mi permiso para asistir al siguiente paseo:
Nombre del Estudiante

Destino: _____

Fecha: _____ **Hora de Partida:** _____ **Hora de Retorno:** _____

Propósito del Viaje: _____

Persona(s) a cargo: _____

Persona a cargo del Transporte/arreglos: _____

Necesidades Médicas: Padre/Apoderado ponga sus iniciales donde sea apropiado

_____ Mi estudiante *no* tiene necesidades médicas especiales que el personal deba saber y no necesita medicamentos en el paseo.

_____ Mi estudiante tendrá que tomar el siguiente medicamento(s):

_____ La persona a cargo está autorizada para darle el medicamento(s) y hay autorización médica en el archivo para que el personal de la escuela le administre los medicamentos. Se requiere autorización médica antes de que un estudiante pueda tomar cualquier medicamento, incluyendo medicina sin receta.

_____ En caso de que yo no pueda ser localizado/a, autorizo a la persona a cargo para que obtenga la ayuda médica necesaria de un médico con licencia corriendo yo con los gastos. Entiendo que ciertos gastos pueden ser cubiertos por la Protección contra Accidentes para Estudiantes del Distrito, pero que el Distrito me cobrará por estos gastos.

Entiendo que los participantes deben cumplir con todas las reglas y regulaciones sobre conducta durante el paseo.

Acepto que cualquier gasto por el cuidado médico de mi estudiante por enfermedad o accidente es mi responsabilidad. Entiendo que ciertos gastos por cuidado médico pueden ser cubiertos por la Protección contra Accidentes para Estudiantes del Distrito. Autorizo al Distrito Escolar para que me cobre al regreso de mi estudiante del paseo por gastos que el Distrito Escolar pagó durante el viaje.

Como está mencionado en el Código de Educación de California Sección 35330, entiendo que libero al Distrito Escolar Unificado de Palo Alto, sus oficiales, agentes y empleados, libres de cualquier culpa o quejas que puedan surgir por la participación o conexión de mi estudiante en esta actividad.

Firma del Padre/Apoderado

Fecha

Dirección

Teléfono: (Casa)

(Trabajo)

(Celular)

Por favor circule el número al que lo podemos llamar durante el día y horario del paseo.

POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO A LA PERSONA ENCARGADA EN LA ESCUELA