

PERMISO PARA PARTICIPAR EN UNA ACTIVIDAD ESCOLAR

Nombre del Estudiante	Escuela	Fecha de Nacimiento	Grado
-----------------------	---------	---------------------	-------

Tiene permiso para participar en la siguiente actividad escolar.

Actividad Escolar: Cualquier evento Patrocinado por ASB, como (pero no limitado a): Mítines y prácticas, Powder puff, actividades a la hora del almuerzo y juegos de voleibol, baloncesto y softball entre estudiantes y profesores, y actividades después de la escuela.

En caso de emergencia, doy permiso para que los médicos/enfermeras/dentistas/hospital /paramédicos atiendan y administren tratamiento/medicamento a mi hijo(a).

La Sección 35330 del Código de Educación de California establece, en la parte pertinente lo siguiente:

“Se considera que todas las personas que realizan el viaje o la excursión han renunciado a todas las reclamaciones contra el distrito o el estado de California por lesiones, accidentes, enfermedades o muertes ocurridas durante o por la razón del viaje o excursión.”

Por razones de seguridad, la escuela debe estar al tanto de cualquier situación médica que pueda afectar a su hijo(a) mientras participa en esta actividad escolar.

_____ Marque aquí si no hay problemas médicos especiales de los cuales el personal debe estar enterado y no se requieren medicamentos durante la actividad escolar.

_____ Marque aquí si hay problemas médicos especiales de los cuales el personal debería estar enterado y/o los medicamentos que se requieren durante la actividad escolar. Si se requieren medicamentos, debe firmar y adjuntar el “Formulario de Autorización Para Medicamentos” obtenido de la Oficina de Salud Escolar y describa el problema médico:

(Si está nadando, por favor indique la capacidad de su hijo(a))

He leído y entiendo la Sección 35330 del Código de Educación como se indica arriba.

Entiendo perfectamente que mi hijo(a) debe cumplir con todas las reglas y regulaciones que rigen la conducta durante la actividad escolar. Cualquier violación de estas reglas y regulaciones puede resultar en que mi hijo sea disciplinado y/o enviado a casa a costo de él/ella y/o padres/tutores.

Firma del Padre/Tutor	Fecha	Dirección	Teléfono#
-----------------------	-------	-----------	-----------

Seguro Médico Familiar	Póliza/ No.de Grupo	Teléfono
------------------------	---------------------	----------

A NINGÚN ESTUDIANTE SE LE PERMITIRÁ PARTICIPAR EN LA ACTIVIDAD ESCOLAR SIN QUE PRESENTE ESTE FORMULARIO ANTES DE LA ACTIVIDAD