

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Información general**

El/La \_\_\_\_\_ está planeando un viaje a \_\_\_\_\_

Propósito del viaje \_\_\_\_\_

Destino del viaje \_\_\_\_\_ Número de teléfono. ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Lugar a hospedarse \_\_\_\_\_

Saldremos de \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_  AM  PM

el día (fecha) \_\_\_\_\_. Regresaremos a la escuela el día \_\_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_\_

a las \_\_\_\_\_  AM  PM  Se anexa el itinerario  Se anexa la lista de artículos necesarios

**Medio de transporte**

Vehículo del distrito  Transporte comercial  Autobús escolar  Otro (explique) \_\_\_\_\_

**Información médica**

Los siguientes problemas de salud actuales deberán ser tomados en cuenta y se deberán tomar las precauciones adecuadas (por favor enliste las condiciones tales como reacciones inusuales y severas a picaduras de abejas, otras alergias severas, diabetes, ataques epilépticos, etc.): \_\_\_\_\_

*Si su estudiante requiere de medicamento en la excursión, se deberá proporcionar con una Autorización Médica vigente (SS-500 firmada por su proveedor de cuidados de salud y/o su MD (Doctor en medicina)). Este formulario de autorización está disponible en la oficina principal o el sitio web del distrito.*

¿Cuenta con seguro médico de salud?      Sí                      No      Nombre de la Aseguradora:  
Si respondió sí, ¿Incluye seguro dental?      Sí                      No

*Se recomienda un seguro por accidentes para el estudiante. Tenemos aplicaciones para planes a bajo costo en la oficina escolar.*

Nombre del proveedor de cuidados de salud o clínica preferida: \_\_\_\_\_ Teléfono( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Nombre del dentista o clínica dental de su preferencia: \_\_\_\_\_ Teléfono( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Esta actividad ofrece una experiencia de aprendizaje para los estudiantes y les permite con la oportunidad de aplicar lo que han aprendido en el salón de clases. Si tiene preguntas o inquietudes sobre esta actividad, por favor contacte a: \_\_\_\_\_

**Autorización para tratamiento médico**

En el evento de un accidente o enfermedad, entiendo que se harán los esfuerzos razonables para contactar a los padres/tutores inmediatamente. Sin embargo, si no están disponibles, autorizo al distrito escolar a que asegure los cuidados médicos de emergencias pertinentes.

Aunque entiendo que el distrito hará un esfuerzo razonable para proveer un ambiente seguro, estoy completamente consciente de los peligros y riesgos especiales que son inherentes a participar en la actividad, incluyendo las lesiones físicas y/o la muerte. Estando completamente consciente de dichos riesgos, por medio de la presente,

Doy mi consentimiento para: (estudiante) \_\_\_\_\_ con el fin de que participe en esta actividad

Nombre(s) de padres/tutores \_\_\_\_\_ Teléfono en el día ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono en la tarde ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono de emergencia ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Firma de padres/tutores \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**La firma de los padres/tutores en este consentimiento refleja su conocimiento y aprobación de la actividad descrita arriba. Este formulario deberá ser regresado a la escuela antes de que el estudiante participe en la actividad.**