

FORMULARIO DE PERMISO PARA EXCURSIONES EXTENDIDAS / DURANTE LA NOCHE

INSTRUCCIONES: Complete este formulario para la participación del estudiante en excursiones extendidas / durante la noche. Tenga en cuenta que la Política del Comité Escolar no permite el permiso por teléfono, por correo electrónico o en otras notas escritas.

ESCUELA _____

FECHA _____

Estimado padre / tutor:

Su hijo/a tiene la oportunidad de participar en la siguiente excursión fuera de la escuela.

MAESTRO _____

GRADO / ORGANIZACIÓN _____

FECHA DEL VIAJE _____ DESTINO DEL VIAJE _____

OBJETIVO DEL VIAJE _____

TIPO DE TRANSPORTE _____

UBICACIÓN DE SALIDA _____

HORA DE SALIDA _____ AM / PM

HORA APROXIMADA DE REGRESO _____ AM / PM

COSTO BÁSICO DEL VIAJE _____ \$

ENTREGAR DINERO A MÁS TARDAR EL _____

GASTO ADICIONAL: _____ RECOMENDADO PERO OPCIONAL

_____ NO SERÁ NECESARIO

ALMUERZO NECESARIO _____ SÍ _____ NO

En caso afirmativo, marque una de las siguientes opciones: _____ traerá de casa _____ solicitará el almuerzo de la escuela.

DISTRITO ESCOLAR DE JEFFERSON

FORMULARIO DE LIBERACIÓN MÉDICA PARA EXCURSIONES DURANTE LA NOCHE

Nombre del estudiante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Si no puede comunicarse con el padre / tutor, notifique:

Nombre: _____

Código postal: _____

Relación: _____

Número de teléfono de la casa: _____

Número de teléfono celular o pager: _____

Contacto del Padre / tutor: _____

Dirección: _____

Número de teléfono de la casa: _____

Número de de teléfono celular o pager: _____

Información del seguro médico:

Proveedor: _____

Número de contacto: _____

Número de Grupo #: _____

Información general de salud del estudiante

1. ¿Toma su hijo/a medicamentos? Sí o NO (**circule uno**)

En formulario *Administración de Medicamentos* debe ser completado y firmado para cada medicamento (recetado o sin receta) que se administrará durante la excursión.

2. ¿Tiene su hijo/a alguna alergia? Sí o NO (**circule uno**) En caso afirmativo, indique cuál: _____

¿Requiere su hijo/a medicamentos para tratar reacciones alérgicas graves a picaduras de insectos, alimentos, etc.? _____

En caso afirmativo, una copia del firmada del *Plan de Acción para Alergias Alimentarias o de Administración de Medicamentos a los Estudiantes* debe acompañar este formulario.

3. ¿Tiene su hijo/a asma? Sí o NO (**circule uno**)

En caso afirmativo, una copia firmada del formulario *Plan de Acción para el Asma o de Administración de Medicamentos a los Estudiantes* debe acompañar este formulario.

4. Fecha de la última vacuna de refuerzo contra el tétanos de su hijo/a: _____

5. ¿Hay algún historial de salud que pueda ayudar al personal de la escuela a cargo si este estudiante se enferma?

Médico del estudiante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Autorización para tratar / administrar medicamentos: Por la presente autorizo el tratamiento médico o quirúrgico de _____ si surge una emergencia. Doy permiso para que el maestro licenciado o representante del Distrito Escolar de Jefferson tomen decisiones para mi hijo/a.

NOTA: Su firma en este formulario reconoce su aceptación de responsabilidad financiera por cualquier atención médica o dental que su hijo/a requiera.

Firma del padre / tutor

Fecha