

Distrito Escolar Unificado de Aromas-San Juan

Hoja de permiso de viaje de campo

Fecha de hoy: _____ Nombre de la escuela _____

_____ has programó un viaje de campo. Estamos solicitando su
(nombre de la clase)
permiso para que su hijo/a participe en este viaje.

Fecha de viaje _____ método de viaje _____

Ubicación del viaje _____ hora de salida _____

Personal de la escuela (PROFESOR) Organizando el viaje _____ tiempo de regreso _____

*** por favor asegúrese de que su niño(a) esté vestido apropiadamente para el clima.** Para dar permiso para que su hijo asista a este viaje de campo, por favor complete, firme y devuelva la parte inferior de este formulario a (nombre del maestro de clase): _____ por (fecha): _____

(mantenga la mitad superior de este formulario para su información.)

(corte a lo largo de la línea punteada y devuelva esta mitad por la fecha indicada arriba.)

Nombre del estudiante (por favor imprima): _____

(Apellidos)

(nombre)

Yo, _____, padre/guardián de _____
doy permiso a mi hijo/a para asistir al siguiente viaje de campo:

Fecha (s) de viaje de campo: _____ Ubicación del viaje de campo: _____

Entiendo que mi hijo/hija se espera que siga todas las reglas y regulaciones de la escuela como se describe en las pólizas de la Junta del distrito y las reglas de conducta de los estudiantes de la escuela. También entiendo que mi hijo/hija se espera que se adhiera a los procedimientos específicos de comunicación de viaje de campo que se discutirá entre los estudiantes y sus maestros antes del viaje.

Sí doy, o no doy permiso a al Distrito Escolar Unificado de Aroma-San Juan para tomar y usar imágenes de la participación de mi hijo/a en este viaje de campo, para propósitos lícitos y en cualquier forma o medio (como periódicos, Internet, sitios de medios sociales del distrito, etc.) para promover eventos escolares.

Tenga en cuenta las siguientes necesidades médicas o específicas de mi hijo:

Por la presente libero a todos los empleados y agentes de los aromas-Distrito Escolar Unificado de San Juan de responsabilidad; y, asigne inofensivo e indemnizar a cada uno de ellos por cualquier reclamación, juicio o gasto relacionado con cualquier supuesto daño.

Puedo ser contactado al siguiente número durante las horas de la excursión: (_____) _____

Firma del padre/guardián

Fecha

Información médica/médica para estudiantes

Para ser entregado al personal del Distrito Escolar Unificado de aromas-San Juan en el viaje.
La firma indica su permiso para que el director del sitio de la escuela comparta esta información

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento (DOB) _____

Dirección _____ Teléfono # _____

Nombre del padre/guardián (Imprima) _____

Teléfono celular del padre/guardián # () _____ Celular alternativo # () _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ relación con el estudiante: _____

Teléfono celular () _____

Información de salud:

¿tiene su hijo(a) alguna de las siguientes condiciones?	Sí	No
Alegría a comida/piquete de abeja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno convulsivo, epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condición cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma (traer medicación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tiene alguna preocupación con respecto a la capacidad de su hijo(a) para participar, por favor notifique al director y consulte a su médico de atención primaria. Por favor, utilice el espacio de abajo para informarnos de esas necesidades.

Permiso médico del padre/guardián para _____

(nombre del estudiante)

Entiendo que los padres/tutores serán contactados en caso de enfermedad grave o accidente. Sin embargo, en caso de una emergencia que requiere atención médica inmediata **Yo, el padre/guardián, por la presente doy permiso al médico seleccionado por el maestro o el líder del viaje a cargo para hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado para y para ordenar la inyección, anestesia o cirugía para mi hijo como se menciona arriba.**

Mi hijo (a) no traerá o llevará medicamentos de venta libre, recetados o cualquier otro medicamento en este viaje de campo. Doy permiso para la administración de todos los medicamentos que se enumeran a continuación. **(por favor proporcione información sobre cualquier medicación diaria que su hijo pueda tomar mientras está en este viaje de campo.)**

Dolencia	Medicación	Dosificación	Tiempo	Efectos secundarios

Firma del padre/guardián _____ Fecha _____

Por favor complete y firme este formulario incluso si su hijo no está tomando ningún medicamento. Simplemente indique "none" en la tabla de arriba. Luego devuelva este formulario al maestro de su hijo.