

FOMULARIO DE PERMISO PARA VIAJES ESTUDIANTILES

Nombre del Estudiante: _____ Supervisor: _____

Fecha(s) del viaje: _____ Hora de salida: _____ Hora de regreso: _____

Lugar/Actividad: _____ Por favor proporcione detalles del viaje y actividades en que los estudiantes van a participar o adjunte una carta a los padres con los detalles del viaje. Para viajes donde pasan la noche, incluya arreglos para comer y dormir:

Transporte (marque uno) Se requiere completar 2320F-4 para todos los vehículos del distrito y privados abajo*

Autobús del distrito Vehículo del distrito/Chofer empleado o adulto voluntario*
 Vehículo privado/Chofer empleado* Vehículo privado/Chofer adulto voluntario*
 Transporte público Transporte privado _____
 Caminando Otro _____

Información Médica: En el espacio de abajo, por favor mencione problemas de salud especiales que debamos saber (reacción severa a picaduras de abejas, alergia severa a comidas, asma, diabetes, convulsiones, etc.), medicamentos que toma o necesidades especiales de dieta. **Es la responsabilidad del padre/guardián notificar al maestro/entrenador/enfermera de cualquier alergia que pone la vida en riesgo:** _____

Cada estudiante que participe en un viaje nocturno que traerá y/o usará algún medicamento durante el viaje debe entregar un Formulario de solicitud de medicamento para el viaje donde pasan la noche 2320F-7 firmado por el padre o guardián y el proveedor de atención médica con licencia, si corresponde. El formulario 2320F-7 debe presentarse al menos cinco días antes del viaje.

Exención de Responsabilidad: Aunque entiendo que el Distrito escolar de Bellingham hará todo esfuerzo razonable para proveer un ambiente seguro, yo estoy completamente consciente de los riesgos y peligros que conlleva la participación de mi hijo/a en esta actividad. Acepto completa responsabilidad por el comportamiento de mi hijo/a durante esta actividad. En el evento de una lesión o enfermedad, yo entiendo que se hará un esfuerzo razonable de contactar a los padres inmediatamente. Sin embargo, estoy consciente que si la lesión o enfermedad parece ser seria y los padres no pueden ser contactados, el adulto encargado asegurará cuidado médico de emergencia como sea necesario.

Estando completamente consciente de los riesgos, por la presente doy mi consentimiento de que el estudiante antes mencionado participe en dicha actividad.

Firma del padre o guardián legal

Fecha

Firma del estudiante (para grados 6-12)

Nombre escrito del padre o guardián

Teléfono: Casa/Celular/Trabajo

Contacto en caso de emergencia

Teléfono en caso de emergencia

Nombre del doctor

Teléfono del doctor