

FORMULARIO DE PERMISO DE VIAJE DE CAMPO

Nombre del maestro: _____

Nombre de la escuela: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Sitio de destino: _____

Fecha de viaje: _____ Hora de salida: _____ Hora de regreso: _____

Esta excursión está disponible para todos los estudiantes independientemente de la capacidad del padre / tutor para donar fondos en apoyo de la excursión. Los viajes pueden cancelarse si no se obtienen fondos suficientes. Cuando la escuela está cerrada por mal tiempo, las excursiones se cancelan o posponen. Los padres que no puedan contribuir con el costo de la excursión deben comunicarse con el director de la escuela.

Nota: Cuando los padres y estudiantes se ofrecen como voluntarios para conducir sus propios vehículos en asuntos del sistema escolar, como eventos deportivos, excursiones u otras actividades escolares, el Distrito Escolar del Condado de Murray no proporciona seguro de responsabilidad ni cobertura de seguro médico para el voluntario, en caso de que / ella esté involucrada en un accidente; el voluntario es la parte responsable.

.....
PERMISO

Certifico que mi hijo/a, _____, tiene mi permiso para participar en la excursión descrita anteriormente.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Teléfono #: _____

Nota para el padre / tutor: indique cualquier necesidad médica que tenga su hijo/a para que los supervisores adultos estén al tanto.

**POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO A MÁS TARDE DE _____
Fecha**

No devolver este formulario antes de la fecha especificada puede excluir a su hijo de la excursión.

TUTOR FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA

Si algún procedimiento médico u operatorio llega a ser necesario, se hará todo lo posible por contactarlo antes de la institución de cualquier terapia. En raras ocasiones, puede ser necesario proceder en una situación de emergencia antes de que podamos localizarlo. Si esto ocurre, debemos tener un formulario de autorización firmado que nos permita hacerlo. Este formulario nos permitirá brindarle la atención de emergencia que usted esperaría legítimamente de nosotros. Complete la información solicitada a continuación, firme y devuelva este formulario de inmediato.

_____,' _____
Apellido del estudiante Nombre Segundonombre

Por la presente se otorga permiso al Sistema Escolar del Condado de Murray para proceder con cualquier tratamiento médico o menor y examen de rayos X necesarios para el estudiante mencionado anteriormente. En el caso de una enfermedad grave, la necesidad de una cirugía mayor o una lesión accidental importante, entiendo perfectamente que el médico tratante hará un intento por comunicarse conmigo de la manera más rápida posible. Si dicho médico no puede comunicarse conmigo, se puede administrar el tratamiento necesario para el mejor interés del estudiante mencionado anteriormente.

_____ _____
Firma del padre / tutor Relación con el estudiante

_____/_____/_____
Fecha