



SHIPPENSBURG AREA SCHOOL DISTRICT
PARENT PERMISSION SLIP
**AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES – DISTRITO
ESCOLAR DEL ÁREA DE SHIPPENSBURG**

Name of Advisor/Teacher / **Nombre del
sesor/maestro** _____

I hereby give my consent for / **Por la presente doy mi consentimiento para**

_____ to attend / **asistir a** _____
(Student Name / **Nombre del estudiante**) (Name of Event / **Nombre del evento**)

on / **el** _____ and agree to release and indemnify Shippensburg Area School
(Date / **Fecha**)

District and its heirs, executors, administrators, agents, representatives, solicitors, and successors, and assume full and complete responsibilities, financial and otherwise, for any and all damages, injuries, liabilities, obligations, claims, litigations, expenses, judgements and proceedings whatsoever, which may at any time be imposed upon, incurred by or asserted or awarded against Shippensburg Area School District, which are not covered by the student's insurance and which arise out of or are in connection with the practice, services and techniques of the aforementioned program.

Y acepto eximir de responsabilidad e indemnizar al Distrito Escolar del Área de Shippensburg y a sus herederos, albaceas, administradores, agentes, representantes, abogados y sucesores, y asumir plena y completa responsabilidad, financiera y de otro tipo, por cualesquiera y todos los daños, lesiones, responsabilidades, obligaciones, reclamaciones, litigios, gastos, sentencias y procedimientos de cualquier naturaleza que, en cualquier momento, puedan imponerse, incurrirse, reclamarse o dictarse en contra del Distrito Escolar del Área de Shippensburg, que no estén cubiertos por el seguro del estudiante y que surjan de o estén relacionados con la práctica, los servicios y las técnicas del programa mencionado anteriormente.

In case of accident, injury or illness, I/we hereby authorize the student's advisor to take the above-named student to a physician or the emergency room of a hospital. It is imperative for the advisor to know whether your child has any allergies, handicaps or other health concerns.

En caso de accidente, lesión o enfermedad, yo/nosotros autorizamos por la presente al asesor del estudiante a llevar al estudiante mencionado anteriormente a un médico o a la sala de emergencias de un hospital. Es imprescindible que el asesor conozca si su hijo/a tiene alguna alergia, discapacidad u otra condición médica.

Please list: / **Por favor enumere:** _____

Date of last Tetanus shot (if known) /

Fecha de la última vacuna contra el tétanos (si se conoce) _____

(Parent or Guardian Signature / **Firma del padre, madre o tutor**) (Telephone Number/**Número de teléfono**)

Transportation (will or will not) be furnished by District owned or contracted vehicle. ***El transporte (será o no será) proporcionado por un vehículo propiedad del Distrito o contratado por el Distrito.***