

**DISTRITO EDUCACIONAL COSTERO UNIFICADO DE SAN LUIS  
DEL PADRE O GUARDIAN PERMISO PARA PARTICIPAR EN EXCURSIÓN ESCOLAR Y  
AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DE UN MENOR**

**El director/persona designada debe completar y firmar este formulario previo a la excursión.**

ALUMNO: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_ CLASE/ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_

APROBACIÓN DEL DIRECTOR/PERSONA DESIGNADA: \_\_\_\_\_

EXCURSIÓN: \_\_\_\_\_ MAESTRO/SUPERVISOR: \_\_\_\_\_

CURRICULAR  EXTRACURRICULAR  LOCALIZACIÓN \_\_\_\_\_

FECHA(S) DE LA EXCURSIÓN: \_\_\_\_\_ PARTIDA: \_\_\_\_\_ REGRESO: \_\_\_\_\_

TRANSPORTE:  Vehículo del distrito  Vehículo personal  Autobús/charter particular  Caminando

El NATACIÓN, supervisado por una Socorrista, Cruz Roja, certificado por la será una actividad permitida en este viaje de excursión escolar. Sí  No

**PERMISO PARA LA PARTICIPACIÓN DEL ALUMNO EN UNA EXCURSIÓN**

Mi hijo/a mencionado anteriormente tiene mi permiso para paticipar en la excursión antedicha patrocinada por el Distrito Educacional Costero Unificado de San Luis, incluyendo viajes adicionales relacionados con éste. Comprendo que esta excursión se realiza conforme a las provisiones de las Secciones 35330 y 35350 del Código de Educación, y que tales secciones determinan que a todas las personas que participan en la excursión se les considera haber renunciado a toda demanda en contra del Distrito Educacional Costero Unificado de San Luis, el Superintendente de Escuelas del Condado de San Luis Obispo y el Estado de California, por daño, enfermedad o muerte que ocurriera durante o debido a la excursión. Además, entiendo que los niños estarán bajo supervisión de la escuela durante este viaje y que el transporte es el indicado en la parte superior de este formulario, y que el Distrito Educacional Costero Unificado de San Luis lo ha autorizado.

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DE UN MENOR**

En el evento que sea imposible contactarme(nos) (padres/guardianes) después de haber intentado en forma razonable o hasta que un padre/guardián pueda responder directamente al establecimiento de tratamiento o al médico, yo, el padre/guardián que firmo a continuación, doy completa autorización para (1) la administración de cualquier tratamiento médico que un doctor médico o dentista considere necesario; y (2) la transferencia de mi hijo/a a cualquier doctor médico o dentista para diagnosis o tratamiento; y (3) la transferencia de mi hijo/a a cualquier hospital o clínica de emergencia licenciado razonablemente accesible. Se comprende que esta autorización se da de antemano para cualquier diagnosis, tratamiento o cuidado de hospital específico requerido, pero se da para proporcionar autoridad y poder a las autoridades escolares y proveedores de servicio médico/dental para otorgar cuidado razonable. Por medio de la presente también acuerdo relevar y no hacer responsable a ningún proveedor de cuidado médico o dental de toda y cualquier responsabilidad, excepto la responsabilidad resultante de la sola negligencia del proveedor de servicio médico que administre tratamiento médico de emergencia autorizado por medio de este documento.

Fecha: \_\_\_\_\_ Esta autorización es válida hasta: \_\_\_\_\_

Dirección del alumno: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono(s) de negocio/otros: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera del alumno: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Necesidades de condición(es)médica/alergias del alumno: \_\_\_\_\_

Seguro de salud y grupo/número de la póliza: \_\_\_\_\_

**LA NATACIÓN** - Si se permite la natación,

Si, mi niño tiene mi permiso de participar.

No, mi nino no tiene mi permiso de participar.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardián

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardián

**Permiso del Padre/Guardián:**

\_\_\_\_\_



**Si necesita firmar la forma para que el niño/a puede ir en el viaje.**