

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO COSTERO DE SAN LUIS
APROBACION DE PADRE/GUARDIAN PARA PARTICIPACION EN VIAJES DE ESTUDIO/CAMPO
Y AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DE UN MENOR

La planilla debe completarse y ser firmada por el director/designado antes del viaje.

ESTUDIANTE _____ SCHOOL SLOHS CLASS/ACTIVITY SR CLASS
APROBACION DIRECTOR/DESIGNADO _____ FIELD/STUDY TRIP SENIOR PICNIC
MAESTRO/SUPERVISOR CRAIG STEWART CURRICULAR EXTRACURRICULAR
FECHA(S) DE VIAJE 10 de Junio 2015 DEPART 9:30 AM RETURN 2:30 PM
TRANSPORTE Vehículo de Distrito Vehículo Privado Charter Bus/Van Viaje Caminando
LUGAR: Biddle Regional Park, 3500 López Drive, Arroyo Grande, CA, 93420

NATACION, supervisada por un Salva Vida Certificado de la Cruz Roja, será una actividad permitida en este viaje de estudio/campo. Si No

APROBACION PARA PARTICIPACION DE ESTUDIANTE EN VIAJES DE ESTUDIO/CAMPO.

My hijo/a, nombrado arriba tiene mi permiso para participar en el viaje de campo/estudio arriba estipulado, patrocinado por el Distrito Escolar Unificado Costero San Luis, incluyendo los viajes conectados con éste. Entiendo que este viaje de estudio/campo se realiza cumpliendo las provisiones del Código de Educación 35330 y 35350 y que esas sesiones proveen que todas las personas participando en un viaje de campo/estudio se considera que han renunciado a todos los reclamos contra el Distrito Escolar Unificado Costero de San Luis, el Superintendente de Escuelas del Condado de San Luis Obispo, y el estado de California por todas las heridas, enfermedades, o muerte que ocurran durante, o por razón del viaje de campo/estudio. Entiendo además que los estudiantes estarán bajo supervisión escolar durante este viaje y que el transporte será provisto, como lo indica arriba y autorizado por Distrito Escolar Unificado Costero de San Luis.

CONDICIONES DE SALUD/ALERGIAS O NECESIDADES ESPECIALES:

- Mi estudiante no tiene necesidades de salud que el personal debe conocer, y no requiere medicinas en este viaje.
 Mi estudiante tiene una necesidad de salud especial, e instrucciones están adjuntas.

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DE UN MENOR

En el evento de que atentos razonables de contactarme/nos (padres/guardianes) son sean exitosos, o hasta que un padre/guardián pueda directamente responder a la instalación del tratamiento o médico, Yo, el padre/guardián abajo firmante, concede plena autorización para (1) la administración de cualquier tratamiento médico considerado necesario por un médico o dentista; y (2) la transferencia de mi hijo/a a cualquier médico o dentista para diagnóstico y tratamiento; y (3) la transferencia de mi hijo/a a un hospital licenciado o a una clínica de emergencia razonablemente accesible. Se entiende que esta autorización se da en avance para cualquier diagnóstico específico, tratamiento, o cuidado en hospital requerido pero se da para proveer autoridad y poder de parte de las autoridades escolares y proveedores de salud médico/dental para suministrar cuidado razonable. Yo también por ésta acuerdo eximir de cualquier y toda responsabilidad a cualquier proveedor de salud, médico o dentista, excepto por la responsabilidad que surja por la sola negligencia del proveedor médico administrando tratamiento médico de emergencia autorizado por este documento.

Fecha _____ Autorización efectiva hasta _____

Dirección del estudiante _____

Teléfono Casa _____ Otro(s) teléfono(s) _____

Médico Primario del Estudiante _____ Teléfono _____

Seguro de Salud y Numero de Póliza/Grupo _____

Entiendo y reconozco que estas actividades, por su misma naturaleza, presentan un riesgo potencial para heridas/enfermedades serias a los participantes de dichas actividades; que algunas heridas/enfermedades que pueden resultar por participar en estas actividades incluyen, pero no se limitan a, las siguientes: esguinces/dobladuras, huesos fracturados, inconsciencia, heridas de cabeza/columna, parálisis, pérdida de la visión, enfermedad comunicable, o muerte; que participación en estas actividades es completamente voluntaria, y que no es requerida por el Distrito Escolar Unificado Costero de San Luis para crédito en cursos ni para completar requerimientos de graduación; y que para participar en estas actividades mi hijo/a y yo estamos de acuerdo en asumir la responsabilidad por cualquier y todos los riesgos potenciales que pueden estar asociados con la participación en tales actividades.

Si **NATACION** es actividad permitida en este viaje, **SI**, mi hijo/a puede participar **NO**, mi hijo/a no puede participar

Aprobación del Padre/Guardián:

**PLANILLA DEBE SER FIRMADA PARA QUE
EL ESTUDIANTE VAYA AL VIAJE**

Firma Padre/Guardián _____