

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE BERKELEY
PARTICIPACIÓN ESTUDIANTIL EN EXCURSIÓN ESCOLAR VOLUNTARIA PATROCINADA POR EL DISTRITO
PERMISO DE LOS PADRES, ASUNCIÓN DEL RIESGO Y
AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR TRATAMIENTO MÉDICO**

Fecha _____

Nombre del estudiante: _____ tiene permiso para participar en la siguiente excursión escolar:

Destino/Índole de la actividad _____
(Favor de especificar, ej., concierto en UCLA.)

Instrucciones especiales: _____
(ej., traer almuerzo de casa.)

Salida Fecha: _____ Hora: _____ Fecha: _____ Regreso Hora: _____

Persona a cargo: _____ Puesto: _____ Escuela: _____

Tipo de transporte: Vehículo/Autobús del distrito A pie Otro: _____

Salud o necesidades especiales: Favor de marcar donde corresponda.

	<p>Mi estudiante no tiene necesidades especiales de salud de las que el personal ha de tomar en cuenta y no será necesario administrar medicamentos durante la excursión.</p>
	<p>Mi estudiante tiene una necesidad especial; se adjuntan instrucciones. Número de páginas adjuntas: _____.</p>
	<p>Otro:</p>

En caso de enfermedad o lesión, por medio de la presente consiento a todo examen de rayos-x, anestesia, diagnosis o tratamiento médico, quirúrgico o dental, al igual que atención hospitalaria y transporte de emergencia que se considere necesario según el mejor criterio del médico, cirujano o dentista encargado y que se practique bajo la supervisión de un integrante del personal médico del hospital o instalación que administre los servicios médicos o dentales.

Plenamente entiendo que los participantes han de cumplir con todas las reglas y reglamentos que regulen la conducta durante la excursión.

Según lo dispuesto en la Sección 35330 del Código de Educación de California, acuerdo renunciar todo reclamo contra el Distrito _____ (District) y de eximir al Distrito, sus funcionarios, agentes y empleados de cualquier y toda responsabilidad o reclamo que pueda surgir de o en conexión con la participación de mi hijo(a) en esta actividad. Esta renuncia no le corresponde a un incidente que pueda surgir únicamente a razón de la negligencia del Distrito, sus empleados o agentes.

Firma (padre/madre/guardián) _____ (Favor de escribir el nombre en letra de molde) Teléfono del trabajo () _____
Teléfono del hogar () _____

Fecha de nacimiento del estudiante _____ Firma del estudiante _____

Compañía de seguro médico familiar: _____ (ej., Blue Cross) Número de póliza: _____

En caso de emergencia, favor de comunicarse con:
(Nombre) _____ (Vínculo) _____ Trabajo () _____
Hogar () _____