DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE BERKELEY

PARTICIPACIÓN DE VOLUNTARIOS DEL DISTRITO EN ACTIVIDADES DE EXCURSIÓN
ASUNCIÓN DE RIESGOS Y
AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Nombre: _____

Destino/Naturaleza de la actividad: _____

(Por favor, sea específico; por ejemplo, asistir a un concierto en UCLA.)

Propósito de su participación: _____

(Acompañante/chaperón, etc.)

Salida
Fecha: _____ Hora: _____

Regreso
Fecha: _____ Hora: _____

Medio de transporte: ☐ Autobús/Vehículo escolar ☐ A pie ☐ Otro: _____

De conformidad con lo dispuesto en la Sección 35330 del Código de Educación de California, acepto eximir de toda responsabilidad al Distrito Escolar Unificado de Berkeley ("Distrito"), sus funcionarios, empleados y agentes, por cualquier responsabilidad y reclamación que surja de, o esté relacionada con, mi participación en esta actividad. Sin embargo, esta exención no se aplicará a lesiones o daños que surjan exclusivamente de la negligencia de los empleados o agentes del Distrito.

En caso de enfermedad o lesión, por la presente doy mi consentimiento para cualquier radiografía, examen, anestesia, diagnóstico y/o tratamiento médico, dental o quirúrgico, transporte de emergencia y atención hospitalaria por parte de un médico y/o cirujano con licencia, según se considere necesario para mi seguridad y bienestar. Se entiende que los gastos resultantes serán responsabilidad del participante.

_____ _____
Firma Fecha

_____ Trabajo ( ) _____
Dirección: Número Calle

Casa ( ) _____

_____
Ciudad Estado Código postal

Compañía de seguro médico: _____ Número de póliza: _____
(por ejemplo, Kaiser)

En caso de enfermedad o accidente, por favor notifique a:

Nombre: _____ Relación: _____

_____ Teléfono del trabajo ( ) _____
Dirección: Número Calle

Teléfono de casa ( ) _____

_____
Ciudad Estado Código postal

Si hay instrucciones médicas especiales, por favor adjunte una explicación a este formulario.