**Permiso para participar en el paseo de la escuela**

**Después de revisar provea la información necesaria para este paseo. Por la presente autorizo a participar para:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE |  | ESCUELA |  |
| NOMBRE DEL PASEO |  | FECHA DEL PASEO |  |
| TRANSPORTE |  | O RANGO DE FECHAS |  |
| DIRECCIÓN DEL ESTUDIANTE |  | MAESTRA/O |  |
| TELÉFONO DE CASA |  | FECHA DE NACIMIENTO |  |
| CONTACTO DE EMERGENCIA |  | TELÉFONO DE CONTACTO |  |
| MÉDICO DE FAMILIA |  | NÚMERO TELÉFONO DEL MEDICO |  |
| CONDICIONE MÉDICA/ALERGIAS |  |  |  |
| COMPAÑÍA DE SEGURO |  | PÓLIZA # |  |

|  |
| --- |
| **LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**  Reconozco que esta actividad conlleva riesgos inherentes que podrían resultar en una lesión física o emocional, parálisis o muerte, así como el daño o la pérdida de la propiedad. Yo libero al distrito escolar de San Juan Island, su personal y representantes, de responsabilidad por tal pérdida o daño como resultado de este viaje, EN LA MEDIDA QUE PERMITA LA LEY.  Certifico que mi hijo no tiene condiciones médicas o físicas conocidas que podrían interferir con su seguridad en esta actividad. En el caso que fuera necesario que el personal del distrito escolar a cargo necesite obtener atención médica de emergencia para mi hijo, reconozco que ni el distrito escolar ni su personal sera responsable de los gastos incurridos como resultado del accidente, lesión, enfermedad y/o otra circunstancia imprevista.  Autorizo ​​a los profesionales cualificados de emergencia para el examinar, y en el caso de una lesión o enfermedad grave, administrar atención de emergencia para el estudiante arriba mencionado. Yo entiendo que se hará todo lo posible para ponerse en contacto conmigo para explicar la naturaleza del problema antes de cualquier tratamiento.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del padre/apoderado legal       Fecha       Teléfono |