

# Distrito Escolar de Sausalito y la Ciudad de Marin

## Excursión voluntaria/ Permiso y Autorización Médica-del menor

Estimado Padre / Tutor:

Por favor complete y devuelva una copia firmada de este formulario para dar mi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ permiso para participar en la siguiente actividad.

Destino (lugar y ciudad): \_\_\_\_\_

Fecha de salida: \_\_\_\_\_ Hora de salida: \_\_\_\_\_

Hora de regreso: \_\_\_\_\_ Fecha de regreso: \_\_\_\_\_

**En caso de enfermedad o lesión, yo autorizo cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico o tratamiento dental y atención hospitalaria de considerarse necesarios en la opinión del médico, cirujano o dentista realizados por o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o centro que proporciona el servicio médico o dental.**

**Como se indica en el Código Educativo del estado de California sección 35330, Es de mi conocimiento que excluyo al Distrito Escolar de Sausalito y la ciudad de Marín y sus funcionarios, agentes y empleados, de cualquier y toda responsabilidad o reclamación que pueda surgir de o en conexión con la participación de mi niño(a) en esta actividad.**

**Entiendo perfectamente que los participantes deben cumplir con todas las normas y reglamentos que rigen la conducta durante el viaje. Cualquier violación de estas reglas y regulaciones puede resultar en que el estudiante sea enviado a casa con cargo a sus padres / tutores de los gastos que surjan de o en conexión con la participación de mi niño(a) es esta actividad.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor                      Domicilio                      # de Telefono                      # de celular                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante                      Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Compania de Seguro Medico                      # de póliza                      Nombre del doctor                      Telefono del doctor

### **Una nota especial para los padres / tutores;**

1. Si su hijo(a) tiene una condición médica especial, por favor adjunte una descripción de la condición a esta hoja.
2. Todo medicamento debe ser mantenido y distribuido por el personal (las excepciones serán tratadas individualmente con el padre / tutor de acuerdo al caso).
3. Todos y cualquier medicamento prescrito o tomado por el estudiante NECESITA ser enlistado a continuación (el nombre de la medicina, dosis, razón por el medicamento).

- \_\_\_\_\_  
Marque aquí si no hay condiciones médicas especiales que el personal debe tener en cuenta telefono. y no se requiere proporcionar
4.  medicamentos durante el viaje