

ORLAND UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Orland, CA 95963

PERMISO DEL PADRE PARA ACTIVIDADES PATROCINADAS POR LA ESCUELA Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO

(Favor de completar ambas secciones superior e inferior de esta forma)

Escuela: _____

Nombre del estudiante: _____ tiene la oportunidad de participar en una actividad escolar fuera de la escuela. Si usted aprueba los siguientes arreglos, favor de firmar abajo de esta sección y regresar la forma al patrocinador escolar.

Clase de actividad: _____

Destinación: _____

Hora de partida: _____ Fecha/Hora de regresar: _____

Modo de transportación: (patrocinador favor de marcar uno)

- Autobús del Distrito
- Comercial (nombre de compañía) _____
- Otro (especifique): _____

Entiendo la clase de actividad escolar en la cual mi hijo/a estará participando y que se espera que el/ella cumplirá con todos los reglamentos escolares durante el curso de la actividad.

Entiendo que conforme al Código Educativo 44808, el distrito es responsable por la conducta y seguridad de mi hijo/a solamente cuando el/ella esté, o deba estar, bajo inmediata y directa supervisión de un empleado del distrito.

Mediante la presente doy mi permiso para que el/ella participe en la actividad ya mencionada.

Además estoy de acuerdo que, en caso de accidente, enfermedad, o cualquier otra circunstancia requiriendo tratamiento medico, tal tratamiento puede ser procurado para mi hijo/a sin obligación financiera al distrito.

Fecha _____ Firma del Padre/Tutor _____

INFORMACIÓN MEDICA IMPORTANTE LA CUAL EL SUPERVISOR DEBERÍA SABER _____

NÚMEROS TELEFÓNICOS DE EMERGENCIA _____

.....ESTA FORMA DEBERÁ MANTENERSE POR EL SUPERVISOR DURANTE LA ACTIVIDAD.....

AUTORIZACIÓN PARA TRATAR A UN MENOR

Yo (Nosotros), el padre o tutor legal abajo firmado de _____ un menor, doy autorización y consentimiento a cualquier Rayos-X, examen, anestesia, diagnostico y tratamiento medico o quirúrgico y cuidado de hospital de emergencia el cual se aconseja por y es rendido bajo la supervisión general o especial de cualquier miembro del personal medico o del cuarto de emergencia licenciado bajo las cláusulas del Acta de Practica Medica y del personal de cualquier hospital general sosteniendo una licencia para operar un hospital del estado de California (Oregon/Nevada). Se da por entendido que se hará el esfuerzo para comunicarse con el abajo firmado antes de rendir tratamiento al paciente, pero que no se negara ningún tratamiento antes mencionado si no se puede localizar al abajo firmado. Esta autorización es dada de acuerdo a las cláusulas de la Sección 25.8 del código civil de California.

Fecha: _____ Firma: _____

Alergias a Drogas o Comidas _____

Fecha de la Última Vacuna contra el Tétano _____