

Forma de Permiso para Días de Campo de las Escuelas Elementales del Distrito Independiente de Joshua

_____ (Fecha de Nacimiento _____) tiene permiso para ir a _____.

Fecha del Viaje: _____ Tipo de transportación: _____

Hora de salida: _____ Lugar de salida: _____

Hora de regreso: _____ Lugar de regreso: _____

Acepto que si mi hijo/a viola alguna regla me llamarán para recogerlo/a del día de campo y que el Distrito Independiente de Joshua puede imponer otras consecuencias por violar las reglas. También entiendo que ni el Distrito Independiente de Joshua ni ninguno de sus empleados es responsable por accidentes o heridas que puedan ocurrir mientras mi hijo/a esta en este día de campo.

Nombre del contacto de emergencia: _____ Número de Contacto: _____

Nombre del 2° contacto de emergencia: _____ Número de Contacto: _____

Información médica pertinente: (diabetes, ataques epilépticos, alergias, etc.): _____

¿Toma su estudiante medicamentos de receta durante el horario escolar? _____ Si lo toma, cuál es el nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Hora: _____

Pido que este medicamento de receta, específicamente nombrado anteriormente, se le administre al niño/a nombrado anteriormente que está participando en este día de campo. También entiendo que la enfermera de la escuela preparará el medicamento y lo mandará con una maestro/a de salón designado/a. Este maestro/a de salón designado/a dispensará este medicamento al estudiante. Solo los medicamentos de receta aprobados se mandarán en este día de campo.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

En caso de emergencia, y que no se puedan comunicar conmigo, favor de llamar a:

Dr. _____ Número de Teléfono: _____

En el evento de que no se pueda comunicar con el doctor indicado, doy autorización para que la escuela refiera a mi hijo/a con un doctor disponible. Consiento todo el cuidado médico recetado que es necesario bajo cualquier condición para conservar el bien estar de mi hijo/a. TAMBIÉN ENTIENDO QUE YO SOY RESPONSABLE DEL PAGO POR TODA LA TRANSPORTACIÓN DE EMERGENCIA Y POR CUALQUIER CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA. Si esta información o la salud del niño/a nombrado/a anteriormente cambia, comprendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela de este cambio.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

MAESTRO: _____ **ESTUDIANTE:** _____