



DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE PASCO

MIS Form #166 Sp.
Rev. 01/18

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/MADRE/ENCARGADO LEGAL

TRANSPORTACIÓN EN:

Autobús escolar / Minibús _____ Vehículo privado _____ Caminando _____ Autobús *charter* _____ PCPT _____

Fecha de la excursión: _____ Nombre del auspiciador(a): _____

Con relación a _____, quien ha sido aceptado(a) por el
Nombre del estudiante (*letra de molde*) Fecha de nacimiento

director(a), maestros u otro personal de la escuela _____ del Distrito Escolar del Condado de Pasco para participar en una excursión patrocinada por la escuela a _____, el/la que suscribe, entiendo que si mi niño(a) es transportado en un vehículo privado, autobús *charter*, autobús escolar o caminando, libero por este medio al Distrito Escolar del Condado de Pasco, a los miembros individuales de la junta directiva, al Superintendente, al director(a) de la escuela, a los maestros y a cualesquiera otros empleados de la escuela, así como a los voluntarios que participen, de cualquier responsabilidad financiera por motivo de enfermedad del estudiante al dirigirse, regresar o participar en dicho viaje de excursión, o por cualquier accidente en el cual el estudiante resulte lesionado. Para asegurar la pronta atención en caso de enfermedad o accidente, autorizo por este medio a la persona o personas a cargo de dicho viaje a incurrir en cualquier gasto que se considere necesario para tratamiento, y estoy de acuerdo en pagar por ello si esa cantidad fuese en exceso de la cantidad pagada por cualquier póliza de seguro de accidente o salud que pudiera estar vigente en el momento de la enfermedad o accidente.

En cualquier situación en que la seguridad de los estudiantes pudiera estar comprometida (p.ej. condiciones severas del tiempo, estado de alerta roja declarado por el Departamento de Seguridad Nacional (DHS), etc.), el Distrito Escolar del Condado de Pasco tomará las acciones necesarias para garantizar la seguridad de los estudiantes y del personal, incluyendo la cancelación de los viajes a excursiones o eventos escolares programados. En caso de ser cancelado este viaje o evento como resultado de cualquiera de tales situaciones, el distrito escolar no puede garantizar el reembolso de cualquier cantidad de dinero (incluyendo depósitos) por el suministrador(es) asociado a esta transacción. Por tanto, se llama la atención y se advierte a los estudiantes, padres, encargados legales, etc., que el distrito escolar no será responsable de cualquier cantidad de reembolso relacionada con este evento que no sea reembolsada por el suministrador(es) y devuelta al distrito escolar.

A continuación he documentado todas las precauciones/instrucciones en relación a los medicamentos de mi hijo(a). He anotado toda condición especial relacionada a la salud o alergias de mi hijo. Entiendo que el/la empleado escolar entrenado que usualmente le administra los medicamentos podría o no estar presente durante el viaje. Los medicamentos serán administrados por un empleado escolar entrenado (de acuerdo a la norma del distrito 5330).

Favor de enumerar cualquier medicamento que su niño está tomando/usando al presente (en la escuela/hogar):(dosis/horario) *De necesitarse espacio adicional, favor de adjuntar una nota.

Alergias: _____ Otras situaciones de salud: _____

Nombre del padre/madre/encargado legal (*letra de molde*) Fecha

Firma del padre/madre/encargado legal Teléfono principal Teléfono alterno Teléfono del trabajo

Número y calle, vía rural o apartado postal

Ciudad Estado Código postal

Nombre de un contacto adicional en caso de emergencia / Relación con el estudiante Teléfono