

CONSENTIMIENTO DEL PADRE E INFORMACION MEDICA DEL ESTUDIANTE PARA EXCURSIONES ESCOLARES

- Al firmar este formulario de consentimiento, yo certifico que he leído y entiendo la información a continuación y que toda la información que he proporcionado es correcta y completa a mi leal saber y entender.
- Yo asumo la responsabilidad de contactar a _____ (maestro/patrocinador) si hay algún cambio en el medicamento de mi estudiante, necesidad de servicios médicos, o problema de salud después de completar la información en el dorso de este formulario.
- Si este formulario no es llenado y devuelto antes del _____ (Date MM/DD/YYYY), no se permitirá que el estudiante participe en la excursión y permanecerá en la escuela en una actividad supervisada.

Escuela _____ Nombre del maestro/patrocinador _____

Excursión o Actividad planeada	Fecha(s) de viaje/actividad*	Objetivo del viaje o actividad	Método de Transporte** <small>(vehículo de WCPSS, autobús/vehículo contratado, vehículo privado)</small>

*Adjunto hay un itinerario que incluye el lugar o lugares que se visitarán, un horario de actividades diarias y las fechas, horas y lugares de salida y de regreso.

**Cuando se usan vehículos privados para transportar a los estudiantes, sólo la cobertura de responsabilidad del dueño del vehículo es aplicable a cualquier accidente vehicular. Cuando los estudiantes son transportados por vehículos propiedad del Sistema de Escuelas Públicas del Condado Wake, la cobertura de responsabilidad del vehículo del sistema escolar aplica a cualquier accidente vehicular.

Cambios/Cancelaciones

Yo entiendo que las excursiones escolares pueden ser canceladas, cuando sea necesario, por el director, superintendente o Junta Directiva Escolar. El sistema escolar no puede garantizar el reembolso cuando ocurran tales cancelaciones. A los padres/tutores legales se les notificará de cualquier cambio significativo en los planes antes de la excursión escolar.

Expectativas e Instrucciones

Yo entiendo que se espera lo siguiente del estudiante:

- Seguir las instrucciones dadas por los maestros/acompañantes.
- No dejar o separarse del grupo sin la debida autorización de un maestro/acompañante.
- Cumplir con todas las políticas y las reglas de conducta de la escuela y del distrito escolar.

En el caso de que cualquiera de las expectativas o instrucciones arriba mencionadas sea violada, entiendo que los funcionarios escolares se reservan el derecho de retirar al estudiante del viaje y que el estudiante será sujeto a las consecuencias disciplinarias de la escuela.

Cobertura de Seguro

Yo deo constancia de que el estudiante tiene cobertura de seguro a través del programa de seguros estudiantil del sistema escolar o a través de mi propia póliza con una compañía de seguros.

Yo solicito que a _____ (estudiante) se le permita participar en la excursión y/o la actividad planeada y que reconociendo los riesgos inherentes a la excursión y/o la actividad planeada, expresamente consiento la participación del estudiante. En caso de un accidente o una emergencia médica, yo autorizo a los funcionarios escolares a buscar y autorizar asistencia médica de emergencia en nombre del estudiante. Yo asumiré la responsabilidad de todos los gastos. Entiendo que los funcionarios escolares usarán la información de contacto proporcionada a continuación para hacer el intento de ponerse en contacto conmigo en caso de tal accidente o emergencia.

Firma del Padre/Tutor Legal _____ Fecha _____

Este formulario debe permanecer con los funcionarios escolares en todo momento durante la excursión escolar.

Nombre del Padre/Tutor Legal _____ Tel. de día () _____

Dirección de domicilio _____ Tel. de noche () _____

Contacto de emergencia _____ Tel. de emergencia () _____

Nombre de Cía. de Seguro _____ # de póliza _____

Información de Salud para la Excursión Escolar

- *En caso de que las necesidades médicas rutinarias de cualquier estudiante que asiste a la excursión escolar no se puedan atender por el personal escolar, se puede requerir que asista una enfermera titulada. Los padres de estudiantes con necesidades médicas serán contactados directamente por la enfermera escolar asignada.*
- *En caso de accidente o emergencia, la información a continuación también puede ser proporcionada a los proveedores médicos de emergencia según sea necesario.*
- *Si los medicamentos de su estudiante, necesidad de asistencia médica, o condición médica, cambian después de haber llenado este formulario, póngase en contacto con _____ (Maestro/Patrocinador) y proporcione la información actualizada de salud para excursiones escolares.*

El estudiante no tiene medicamento(s) y/o no necesita asistencia médica durante esta excursión escolar

El estudiante requiere medicamento(s) y/o asistencia médica durante esta excursión escolar (*completar la información a continuación)

El Padre/Tutor Legal asistirá a esta excursión escolar y proveerá el/los medicamento(s) y/o la asistencia médica para este estudiante

*Detalle todos los medicamentos diarios y de emergencia (incluyendo la dosis y la hora en que se toman) que se necesitarán durante esta excursión escolar.

Medicamento	Dosis	Hora

¿El estudiante requiere asistencia médica, además de la administración de los medicamentos?

Sí No

De ser sí, describa: _____

Detalle todas las alergias: _____

Este formulario debe permanecer con los funcionarios escolares en todo momento durante la excursión escolar.