

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LIVERMORE VALLEY AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA PARA EXCURSIONES ESCOLARES

Instrucciones: (1) Use un formulario por excursión; (2) Llene la porción escolar del formulario (mitad superior); (3) Saque una copia del formulario por estudiante; y (4) Envíe una copia a casa para que la firmen los padres junto con el estudiante.

\*\*\*\*\*
\*\*\*\*\*

PARA SER LLENADO POR LA ESCUELA

Fechas del Paseo: 1 de junio de 2020 Destino: Santa Clara, Great America Park
Propósito: Excursión de 8º grado
Hora Aproximada de Retorno: 5 p.m.

\*\*\*\*\*

[ ] En todo momento, los estudiantes serán supervisados directamente por adultos en esta excursión.
[X] Los estudiantes serán supervisados directamente por adultos en esta excursión, con las siguientes excepciones: Los chaperones estarán recorriendo el parque.

\*\*\*\*\*

[ ] A pie [ ] En bus escolar [X] Transporte Comercial [ ] Vehículo Personal
[ ] Vehículo Alquilado [ ] Vehículo del Condado [ ] Ninguno
Conductores de Vehículos Privados o Alquilados (marque todas las que apliquen):
[ ] Padre de familia [ ] Profesor o Miembro del Personal [ ] Otro Adulto

En Relación a Riesgos

[X] Parque Temático o de Diversiones Great America [ ] Otro

\*\*\*\*\*

Nombre del Estudiante
Firma del Estudiante Fecha

\*\*\*\*\*

PARA SER LLENADO POR EL PADRE DE FAMILIA

Autorización del Padre de Familia y Aceptación de Riesgos

Comprendo que la participación en esta excursión escolar es voluntaria, que no es obligatoria y que expone a mi hijo a cierto(s) riesgo(s). He leído y comprendido la descripción de la excursión escolar y autorizo la participación de mi hijo. Acepto además, todos los términos y condiciones mencionados en la página siguiente de este talón de autorización. En caso que no pueda ser ubicado en una emergencia, por medio de la presente autorizo que llamen al 911 y/o a un centro médico o a un médico elegido por el personal de la escuela para garantizar el adecuado tratamiento de mi hijo y que me haré responsable por tales gastos.

¿Tiene su hijo/a problemas de salud o usa medicamentos en este momento? [ ] Sí [ ] No

En caso afirmativo, por favor complete el formulario de paseos con autorización médica en emergencias del estudiante.

Nombre del Padre/Tutor Fecha Teléfono

Firma del Padre/Tutor Fecha Teléfono

