



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE MONTEBELLO  
PARTICIPACIÓN ESTUDIANTIL EN EXCURSIONES VOLUNTARIAS AUSPICIADAS POR EL DISTRITO  
PERMISO DEL PADRE, ASUNCIÓN DE RIESGO Y  
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA/911**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ tiene permiso para participar en la siguiente excursión:

Destino/Naturaleza de Actividad: \_\_\_\_\_

(Por favor sea específico, ex., Concierto a UCLA)

Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

(Ex., Traer una bolsa con el almuerzo)

**Salida** Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ **Regreso** Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Maestro(a): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Tipo de Transportación:  Autobús del Distrito/Vehículo  Caminando  Otro: \_\_\_\_\_

Necesidades de salud o especiales: Marque cuando sea apropiado.

	<p>Mi estudiante no tiene necesidades de salud que el personal deba tener conocimiento y no es requerido medicamento en la excursión.</p>
	<p>Mi estudiante tiene una necesidad especial y las instrucciones están anexadas. Número de páginas anexadas: _____.</p>
	<p>Otra: _____</p>

En caso de enfermedad o lesión de emergencia, yo por este medio consiento a cualquier examinación de rayos X, a diagnosis o tratamiento anestésico, médico, quirúrgico o dental y cuidado hospitalario y transportación de emergencia considerado necesario en el mejor juicio del médico, cirujano o dentista asistiendo y desempeñado bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o facilidad proporcionando servicios médicos o dentales. Además de eso entiendo que todos los gastos médicos, excepto la ayuda de emergencia del 911, son totalmente mi responsabilidad. (Si no está disponible el seguro familiar, Por favor averigüe sobre una Póliza de Cobertura de Tiempo de Escuela para el año escolar actual. Vaya a la oficina de la administración de su plantel educativo).

Entiendo completamente que los participantes deben guiarse por todas las reglas y ordenanzas gobernando la conducta durante la excursión. Vea los Reglamentos Administrativos de MUSD 5131 y 5131.1.

Como proporcionado por la Sección del Código de Educación 35330, estoy de acuerdo en renunciar a todos los reclamos en contra del Distrito Unificado de Montebello (Distrito) y sustentar inocuo a sus oficiales, agentes y empleados de cualquier y toda responsabilidad o reclamos que pudieran originarse o en conexión con la participación de mi hijo(a) en esta actividad. Esta renuncia no debe aplicarse a cualquier ocurrencia la cual pudiera originarse exclusivamente por la negligencia del Distrito, sus empleados o agentes.

\_\_\_\_\_  
Firma (Padre/Tutor) (Por Favor Imprima el Nombre) Teléfono del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Estudiante Firma del Estudiante

Compañía de Seguro Médico Familiar: \_\_\_\_\_ (Ex., Blue Cross) Número de Póliza: \_\_\_\_\_

En caso de una emergencia, favor de contactar a:

\_\_\_\_\_  
(Nombre) (Relación) Trabajo ( ) \_\_\_\_\_  
Hogar ( ) \_\_\_\_\_

**REGRÉSELA A LA OFICINA DE LA ADMINISTRACIÓN DEL PLANTEL EDUCATIVO**