

BALDWINSVILLE CENTRAL SCHOOL DISTRICT FORMA DE PERMISO DE VIAJE DE CAMPO (A)

Entiendo que mi hijo participará en una excursión educativa patrocinada y supervisada por la escuela para _____ en _____.

(Lugar)

(Fecha/s)

Él / ella se saldrá aproximadamente _____ y regresará a la escuela aproximadamente a las _____.

(Fecha/Hora)

El transporte será proporcionado por:

- Autobuses escolares/vehículos autobuses fletados Ferrocarril comercial aerolínea comercial
- Excursión a pie

Doy mi permiso al Distrito Escolar Central de Baldwinsville para llevar a mi hijo _____ a la excursión mencionada anteriormente.

Acepto que mi hijo seguirá todas las reglas e instrucciones de los patrocinadores y acompañantes, entiendo además que los agentes de la excursión, las aerolíneas o cualquier agente que el patrocinador pueda emplear durante el viaje de esta excursión, asumen no hay responsabilidad por pérdida de propiedad o atención médica. Además, libero al Distrito Escolar Central de Baldwinsville, al patrocinador y a los acompañantes de cualquier responsabilidad por pérdida de vidas, lesiones personales o daños a la propiedad, que puedan ocurrir en el transcurso de esta excursión.

Firma de la fecha del padre/tutor

Fecha

En caso de emergencia, puedo ser contactado en los siguientes números de teléfono:

Hogar: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Si no puedo ser contactado, por favor póngase en contacto con nosotros en

(Nombre y relación)

(Número de teléfono)

Entiendo que el Código de Conducta del Distrito y todas las reglas y regulaciones escolares están en efecto durante esta excursión.

Firma de la fecha del estudiante

Fecha

Firma de la fecha del padre/tutor

Fecha

El distrito no tendrá responsabilidad u obligación por ningún acto u omisión relacionada con una excursión cuya aprobación haya sido rescindida de acuerdo con los requisitos de la Junta de Educación de Campo. Política de viaje #8460. El Distrito no indemnizará a ningún empleado o voluntario, y puede, a su discreción, disciplinar a cualquier estudiante o empleado que participe en un viaje a pesar del hecho de que el distrito haya negado la aprobación y / o rescindido la aprobación para ese viaje.

NO doy permiso al Distrito Escolar Central de Baldwinsville para llevar a mi hijo _____ a la excursión mencionada anteriormente.

Firma de la fecha del padre/tutor

Fecha

BALDWINSVILLE CENTRAL SCHOOL DISTRICT

Información Médica

Alergias: _____

Medicamento diario : No Si Nombre del Medicamento: _____

¿Toma medicamento según sea necesario? Por ejemplo un inhalador, epi-pen, glucagón, etc. No Si

Nombre del medicamento: _____

¿Tiene alguna necesidad médica? Por ejemplo, el monitoreo de glucosa , evaluaciones de convulsiones , etc.? No Si

explique la necesidad médica: _____

Si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores , comuníquese con el maestro lo antes posible.

Autorización Médica

En caso de una emergencia, los representantes del Distrito Escolar Central de Baldwinsville están autorizados a organizar servicios médicos, dentales, de salud y / o hospitalarios para el estudiante mencionado anteriormente. Esta autorización incluye el transporte a un centro médico para primeros auxilios, tratamiento u otra acción que el distrito escolar, representante, médico, personal médico o dentista que se considere necesario. Entiendo que el distrito escolar no puede asumir la responsabilidad por el pago de los honorarios, ni los gastos médicos incurridos, y eximo al distrito escolar de cualquier reclamo por honorarios o gastos médicos y cualquier costo o daño relacionado.

Firma de la fecha del padre/tutor

Fecha

Autorización de los padres/ tutores para que otro adulto administre medicamentos a mi hijo

Si otro adulto administrará medicamentos a su hijo en la excursión , por favor designe a la persona y provea su nombre.

A completar por el padre/guardian:

Autorizo _____ (nombre de la Persona Designada) a mi amigo, miembro del hogar u otra persona apropiada de acuerdo con la Ley de Educación §6908 a administrar los siguientes medicamentos: _____ a mi hijo

(Nombre del estudiante). _____ . Reconozco que el Distrito Escolar Central de Baldwinsville no será responsable de ningún problema que pueda surgir como resultado de la administración de darle el medicamento por la persona designada.

Firma del padre/guardian: _____ Fecha: _____

Nombre de padre/guradian: _____