



Estimado Padre / Tutor:

Durante el transcurso de este año escolar, nuestros estudiantes pueden ir a una serie de excursiones. Algunos de nuestros viajes pueden ser tan breves como una caminata a un parque del vecindario o un viaje rápido en autobús a otro destino dentro de nuestro distrito escolar. Otros viajes pueden ser más largos y requieren transporte en autobús fuera de nuestro distrito.

En cualquier caso, nos gustaría que nuestros maestros siempre tengan información básica de salud y de contacto de emergencia para cada uno de nuestros estudiantes cuando vayan a cualquier excursión. Le pedimos que complete este formulario y lo devuelva al maestro de su hijo. Mantendremos esta información a mano durante el año escolar.

Le enviaremos información sobre cada uno de nuestros viajes previstos durante el transcurso del año escolar. Cuando esos viajes requieran viajar fuera de nuestro distrito, también le enviaremos un “formulario de permiso” formal. Gracias por su continua cooperación. Por favor llame con cualquier pregunta o preocupación.

Sinceramente,

Daniel R. Bracey
Director

tlg

INFORMACIÓN MÉDICA PARAVIAJES DE CAMPO

EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE DE: _____

Autorizo a la escuela a obtener, a través de un médico de su elección, cualquier atención de emergencia que pueda llegar a ser razonablemente necesaria para _____ (nombre del niño) durante cualquier viaje de campo durante el transcurso del año escolar. Además, estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad del pago de todas las facturas acumuladas debido a lesiones a mi hijo mientras participo en las excursiones escolares.

En caso de accidente o lesión, se intentará llamar a:

- El teléfono del primer día del padre _____ Teléfono de la tarde _____
- El médico: Nombre _____ Teléfono: _____
- Compañía de seguros: _____ Número de póliza: _____
(o número de Medicaid: _____)

¿Su hijo tomar algún tipo de medicación regularmente? Si _____ No _____

Si es así, enumere: _____

Por favor indique si su hijo tiene cualquiera de los siguientes:

problemas cardiacos _____ Epilepsia Diabetes _____

Alergias _____ En caso afirmativo, enumere: _____

Fecha

Firma del padre / tutor

Nombre Imprimir