

# BOLETA DE PERMISO PARA PARTICIPACIÓN

## PERMISO PARA EXCURSIÓN

Estudiante \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

Actividad \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Lugar \_\_\_\_\_

Horario \_\_\_\_\_

### Modo de Transporte

Autobús Escolar/Vehículo

Autobús Chárter

Automóvil Privado

\_\_\_\_\_ padre de familia/guardián \_\_\_\_\_

Nombre del padre/guardián

Nombre del estudiante

Yo doy mi autorización para que dicho estudiante pueda participar de la actividad mencionada y tengo perfecto conocimiento de todos los riesgos involucrados en esta actividad y excursión del distrito.

## LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, (nombre del padre/guardián) \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo y libero al distrito al distrito escolar, sus miembros de la junta directiva, empleados, agentes, patrocinadores y voluntarios de cualquier responsabilidad, incluyendo reclamos, demandas judiciales, que resulten producto de cualquier incidente de esta actividad, incluyendo, pero no limitado a, responsabilidad, daños o gastos de honorarios de abogados causados por o relacionados con la negligencia o acto intencional de sus empleados, agentes, patrocinadores o voluntarios del distrito escolar Harlandale.

En caso de una emergencia y con la aprobación del patrocinador de la actividad o del administrador de Harlandale ISD a cargo de dicha actividad, doy mi aprobación y autorización para el tratamiento de primeros auxilios y tratamiento médico y / o de un hospital, incluyendo procedimientos quirúrgicos para el estudiante antes mencionado. Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad por el pago de todos los gastos incurridos durante el tratamiento médico.

\_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_  
Firma del padre/guardián Fecha Numero de teléfono en caso de emergencia

## COMUNICADO DE INFORMACIÓN MÉDICA Y DE EMERGENCIA

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Grado \_\_\_ Maestro/a \_\_\_\_\_

Adulto Alterno \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Doctor Familiar \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_ Hospital Preferido \_\_\_\_\_

¿Existen necesidades médicas especiales, condiciones o reacciones alérgicas?  Si  No

En caso afirmativo, por favor explicar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Firma de Padre de Familia/guardián Fecha

## IMAGEN DE PRENSA

Yo, (nombre del padre / tutor) \_\_\_\_\_ entiendo que las imágenes y / o video de mi hijo/a pueden ser tomadas para participar en esta actividad. Las fotografías / video pueden usarse para promover positivamente el evento, la escuela y / o distrito en varias formas de medios de comunicación, incluyendo, pero no limitado a, la página web, periódicos y boletines.

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Firma del padre de familia/guardián Fecha

**NOTA: El no firmar y devolver este formulario de permiso evitará que su niño participe en el evento.**