

ESCUELAS PÚBLICAS DE ARLINGTON
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PADRES Y TUTORES LEGALES
PARA LA PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE EN EXCURSIONES ESCOLARES

Esta sección debe ser llenada por el personal escolar		
Nombre del estudiante:	Escuela:	Grado:
Excursión (incluya el propósito de la excursión, y las actividades que han sido programadas, si fuera necesario):		
Fecha(s) de la excursión:	Hora(s) de la excursión:	Costo (si hay algún costo):
Medio de transporte (marque todo lo que corresponda):		
<input type="checkbox"/> Vehículo privado <input type="checkbox"/> Caminando <input type="checkbox"/> Autobús escolar <input type="checkbox"/> Autobús alquilado <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Transporte comercial <input type="checkbox"/> Transporte aéreo		
Conductores de vehículos: <input type="checkbox"/> Conductor de autobús de APS <input type="checkbox"/> Funcionario(s) de APS <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otro adulto		
Riesgos afines (marque todo lo que corresponda)		
<input type="checkbox"/> Centro de natación <input type="checkbox"/> Parque de diversiones o atracciones <input type="checkbox"/> Playa, río, arroyo, u océano <input type="checkbox"/> Destino a pie		

Padres/Tutores – Por favor, lean la siguiente información, marquen todas las casillas que correspondan, y firmen al final de esta sección.

Autorización del Padre, Madre o Tutor Legal y Aceptación de Riesgos

Yo, padre, madre, o tutor legal del estudiante cuyo nombre aparece arriba, AUTORIZO su participación en esta excursión. Entiendo que la participación en esta excursión es voluntaria y que no es exigida como parte del currículo de instrucción. Entiendo que expone a mi hijo a algunos riesgos. He leído y entiendo el propósito de la excursión y acepto el riesgo de que mi hijo sea lesionado o herido durante la excursión.

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Información de contacto durante la excursión

Nombre del estudiante:		
Nombre de la madre o tutor legal:		
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:
Nombre del padre o tutor legal:		
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:
Nombre de una persona alternativa:		Relación o parentesco:
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:
Información de cuidado médico		
Médico de la familia:		
Nombre de la compañía de seguro médico:		
Número de la póliza:		
Número de identificación:		
Teléfono:		
Alergias del estudiante a medicamentos. Si el estudiante es alérgico a ciertos medicamentos, por favor, proporcione los nombres de cada uno de ellos, aquí:		

Otros tipos de alergias del estudiante (comida, picaduras de abej