

**DISTRITO ESCOLAR DE SEQUIM**  
**PERMISO DEL PADRE PARA EL VIAJE DE ESTUDIO**

Como padre o guardián del estudiante solicitando la participación voluntaria en el viaje de estudio, hago saber que he leído, entendido y aceptado lo siguiente:

Por este medio doy mi permiso a \_\_\_\_\_, quien atiende

(Nombre del estudiante)

para participar en el viaje de estudio en \_\_\_\_\_

con el propósito

(Escusa)

(Fechas)

de \_\_\_\_\_

Para regresar el permiso:

(Actividad)

(Fecha)

La transportación para esta actividad será proveida por

- Autobús /vehículo del Distrito

- Vehículo privado: \_\_\_\_\_ Empleado/voluntario/padres transportando los estudiantes

- Otro (por ej): caminando, bicicleta, etc)

Domicilio del estudiante \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Médico familiar \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Condición médica, información de medicamentos, o alergias que deben hacerse del conocimiento del Distrito

En el evento de una emergencia, deseo que se notifique a la (s) siguiente (s) persona (s) en caso de que yo no pueda ser contactado (s)

Nombre \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Entiendo que el Distrito Escolar #323 de Sequim no provee seguro médico de accidentes para estudiantes con lesiones ocurridas en relación con la escuela, pero ofrece seguro de accidentes para estudiantes que es de compra voluntaria, el cual he tenido oportunidad de comprar.

Gatifico que mi hijo (a) no tiene condiciones médicas o físicas que interfieran con su seguridad en esta actividad.

Autorizo a profesionales médicos de emergencias para que en el evento de lesión o enfermedad sería se examine y se administre atención de emergencia al estudiante cuyo nombre aparece arriba. Entiendo que todo esfuerzo será hecho para contactarme y explicarme la naturaleza del problema antes de aplicar cualquier tratamiento.

En el evento de que sea necesario que el oficial en turno del Distrito Escolar obtenga atención de emergencia para mi hijo (a), si el oficial en turno, si el Distrito Escolar asumen responsabilidad financiera por gastos incurridos debido a accidente, lesión, enfermedad y/o circunstancias inesperadas.

Firma del padre o guardián \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

# de Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

# de Teléfono del hogar \_\_\_\_\_

**LOS ESTUDIANTES QUE NO REGRESEN EL PERMISO NO IRAN AL VIAJE DE ESTUDIO**

SSD #2320F

Page 1 of 1

Rev. 2/3