Formulario de Permiso para el Estudiante

Distrito Escolar Unificado de Norwalk-La Mirada 12820 Pioneer Blvd. Norwalk, CA 90650

PARTICIPACION EN PASEOS <u>VOLUNTARIOS</u> PATROCINADOS POR LA ESCUELA <u>PERMISO DE LOS PADRES, RESPONSABILISARSE DEL RIESGO, Y</u> <u>AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MEDICO</u>

PARA EL AÑO ESCOLAR 2023 - 2024

Escuela: _	BENTON	Maestros:		Gra	do 6
Nombre d	lel Estudiante:		_ tiene permiso para parti	cipar en el paseo (s) v	oluntario(s) patrocinados por la escuela:
		REE OAKS OUTDOOR SCIE lo, Concierto en el Centro de Arto			<u>NIA</u>
Instrucción	n/Información Especial:	Refiera a la lista de em	balaje para la infor	mación específic	<u>ea</u>
Fecha:	Partida LUNES 16 de octubre	Hora: 8:50AM salida		egreso ES 20 de octubre	Hora: APPROX. 1:00 PM_
	ncargada: <u>Sra. Ridgeway</u> Transportación: X Au	Posición: <u>directora</u> I tobús Escolar/Vehículo	Escuela: Benton Caminando	y bolsa	e a las 8:30 a.m. con su saco de dormir de lona. Los padres deben recoger a diantes de la escuela al regreso.
		a fecha, se les informara a los pada y llegada, y tipo de transportad		idad, destino, cualquie	r instrucción especial, la(s) persona(s)
Necesida		Señale según sea pertinente): sidades de salud especiales de lo eo.	que tenga que estar entera	do el personal, y no e	s necesario llevar ningún
	Mi alumno tiene necesidades e instrucciones especiales según se necesiten. Número de copias anexas:				
	Otro:				
transportadel person	ción urgente que consideren na al médico del hospital o estab	ecesaria en el buen juicio del médi plecimiento que provee los servic	co, cirujano, o dentista que ios médicos o dentales.	e atienda a mi hijo, y re	quirúrgico o dental, cuidado de hospital q alizado bajo la supervisión de un miembro
	or completo que los participa esaran del evento en la trans		amentos que rigen su cond	ucta durante el paseo.	Se comprende también que los estudiante
cambio. L	e notificare al maestro por esc		de la fecha del paseo/excu	ırsión, si mi hijo NO p	ifique al maestro, por escrito, de cualquie articipara. Entiendo en su totalidad que l a escuela.
esta excur o por razón	sión estipulan a renunciar a to n del paseo o excursión." Est	do reclamo en contra del Distrito	o el Estado de California p lamo de conformidad con	or lesiones, accidentes la sección. Entiendo e	e: "Todas las personas que forman parte d , enfermedad, o muerte que ocurra durant en su totalidad que la participación en est Tel. de Trabajo ()
(F	irma del Padre/Tutor)	(Por Favor I	mprima el Nombre)	(Fech	Tel. de Casa ()
`	,	,	•	`	
(F	irma del Estudiante)	(Por Favor In	nprima el Nombre)		
	édico de la Familia el Seguro Médico:		Nú		Póliza:
*****	******	*****	******	******	*********
En caso d	e emergencia, por favor lla				
	(Nombre)	(Parentesco)	Tel. de Tr Tel. de C	abajo () Casa ()	