

Jefferson School District 14J

Code: **IICA-AR**
Adopted: 9/10/07
Readopted: 4/29/10
Orig. Code(s): 5900.1

Permiso para Viaje de Mas de Un Día

Nombre del Alumno: _____

Para que mi hijo sea parte de y reciba las ventajas del programa planeado y patrocinado por el Distrito 14J Escolar de Jefferson, Marion County, Oregón, Yo declaro dar permiso a él/ella de participar en el siguiente viaje:

*Descripción del Viaje: _____ Fecha(s) del Viaje: _____

El transporte puede ser provisto a criterio del Distrito Escolar, pero tiene que ser aprobado por el Superintendente.

Yo autorizo al Distrito 14J Escolar de Jefferson y a sus empleados de conseguir los servicios de un médico u hospital, y de incurrir los gastos para los servicios necesarios en el evento del accidente o enfermedad, Yo seré responsable del pago de esos gastos.

Por favor llene la lista obligatoria de información de seguro que está debajo.

Nombre de Seguranza: _____

Nombre de Grupo (si aplica): _____

Numero de Póliza: _____

Numero de Grupo de Póliza (Si aplica): _____

Cualquier otra información pertinente para propósitos del seguro:

Lista de cualquier medicamento o receta médica que su hijo necesite tomar: _____

(Todas las recetas o medicamentos serán guardadas por nuestro personal médico)

¿Desea usted recibir información sobre nuestro seguro escolar? Si _____ No _____

Firma del Padre/Tutor _____

Dirección: _____

Teléfono Casa: _____

Teléfono de Emergencia: _____

*Firma del Encargado Escolar de Revisar la Forma: _____

Renuncia de Responsabilidades

El Distrito de la Escuela Jefferson ha acordado aprobar viajar y participar al alumno en el viaje mencionado anteriormente. El Distrito hace esta aprobacion basado en que su(s) alumno(s) tienen seguro medico cubierto y el claro entendimiento de que el Distrito sera considerado inocente de cualquier lesion, accidente o enfermedad relacionado a este evento.

Yo declaro renunciar a todas las demandas/reclamos en contra y considero inocente al Distrito de la Escuela Jefferson de todos y de cada una de la(s) demanda(s)/ reclamo(s) de perdida o danos de lesiones personales, dano de propiedad, a favor de mi mismo, herederos, representantes o dependientes.

Alumno (Nombre en letra) _____ Firma _____ Fecha _____

Padre/Tutor (Nombre en letra) _____ Firma _____ Fecha _____