

****El frente y el reverso del formulario deben estar firmados para que el estudiante participe****

ESCUELAS PÚBLICAS DE DURHAM

PERMISO PARA PARTICIPAR AL PASEO

Escuela: _____ Nombre del Estudiante: _____

Este formulario debe firmarse después de haber entendido lo siguiente:

1. PASEO O ACTIVIDAD PLANEADA:
 - a. Descripción del Paseo: NCCU College Tour
 - a. b. Fecha/Hora/Lugar de Departura: April 11, 2024/10:30AM/SCS
 - b. c. Fecha/Hora/Lugar de Regreso: April 11, 2024/1:30PM/SCS
 - d. Modo de Transporte: School Bus Total del Costo del Estudiante: \$10.75
2. SUPERVISIÓN: School Counselor, Teacher
3. TRANSPORTACIÓN: School Bus
4. REQUERIMIENTOS: Dress comfortable (this is a walking tour), Bring money to purchase lunch

-
5. EXPECTACIONES E INSTRUCCIONES: Entiendo lo que se espera del estudiante, y les he informado lo siguiente:
 - a. Seguir instrucciones del maestro o instructor.
 - b. No separarse del grupo sin autorización del maestro o instructor.
 - c. Cumplir con todas las leyes y reglas, incluyendo pero no limitado a el uso o posesión de drogas o alcohol. LA POSESIÓN Y EL USO DE DROGAS Y ALCOHOL ES ABSOLUTAMENTE PROHIBIDO.
 - d. No entrar ninguna pertenencia de ningún otro estudiante al menos con el permiso del ocupante(s) y que sean del mismo sexo.
 - e. Seguir todas las reglas de la escuela aunque estén fuera de esta y que se consideren aplicables durante el paseo.
 - f. Comportarse como buen ciudadano, buen decoro, y con cortesía común.
 - g. _____

Si se viola alguna de las reglas ya citadas, la participación del estudiante al paseo puede terminarse inmediatamente, se llamará al padre o guardian a recoger al estudiante, y se seguirá con el procedimiento de disciplina implicada.

6. SEGURO: Yo entiendo que el Centro de Educación de las Escuelas Publicas de Durham talvez no, o no provee ningún seguro, por accidentes ocurridos al estudiante durante el paseo. Entiendo que el estudiante tiene seguro, ya sea por el Centro de Educación de las Escuelas Publicas de Durham del que tengo conocimiento o por segura propio.

7. ACOMODACIONES: Si el estudiante es incapacitado(da) y require acomodaciones especiales, junto con este formulario se le dará información de cuales son éstas.

Doy permiso que el estudiante nombrado arriba de este formulario, participe en el paseo planeado y doy consentimiento a su participación.

En caso de emergencia o algún procedimiento médico o tratamiento durante el paseo sea requerido, doy consentimiento al supervisor o la persona encargada tome decisiones pertinentes al asunto ya sea su discreción. Yo me hare responsable de los costos de los procedimientos medicos o tratamiento.

Al grado posible permitido por la ley, en caso de algun incidente, durante el paseo, causada a mi hijo/hija, no presentaré cargos o ningún daño al Departamento de Ecuación Publica de Durham, miembros individuales, agentes, empleados, o algun representante, como el supervisor del paseo. Ya sea que sean cargos de mi parte, directa o indirectamente de otro padre/guardian, algun familiar, algun otro estudiante alguna firma legal, o corporación por alguna perdida, algun daño, o incidente fisico, durante o en conexión con la participación en el paseo o alguna actividad relacionada en proveer procedimientos o tratamientos medicos de emergencia.

Fecha: _____ Padre/Guardián: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono en caso de una emergencia: _____

****El frente y el reverso del formulario deben estar firmados para que el estudiante participe****

Escuelas Públicas de Durham
Formulario de Autorización Para Proveer Servicios Médicos
(Maestro debe llevar esta Autorización a la Excursión)

Estudiante: _____ Fecha de la excursión: _____

Por medio de la presente yo autorizo a las Escuelas Publicas de Durham y a sus representantes en el evento que sea necesario para dar servicios médicos de emergencia y tratamientos de rehabilitación ami hijo/a. Yo autorizo tratamientos médicos que incluyen pero no se limitan a cirugías menores, radiografías, administración de medicamentos y/o inyecciones mientras todo sea proveído por personal medico calificado. En caso de que la enfermedad, el accidente o herida sea grave; yo entiendo que el médico hará todo lo posible por comunicarse conmigo lo mas rápidamente posible. Si el medico no puede comunicarse conmigo, y el tratamiento medico es lo mejor para mi hijo/a yo doy autorizacián para que se le de el tratamiento medico adecuado.

Mi hijo/a necesitara el siguiente medicamento durante la excursión:

Mi hijo/a tiene la siguiente enfermedad y debe ser monitoreado/a:

Medico de cabecera y teléfonos para llamar en caso de emergencia:

Medico secundario y teléfonos para llamar en caso de emergencia:

Firma del padre o guardián: _____ Fecha: _____