

**AUTORIZACIÓN DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR PARA PARTICIPAR EN UNA EXCURSIÓN
Y AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA – TALÓN DE PASEO IV.D.**

Para el programa de arquitectura y ingeniería, iSEE,

Autorizo que _____ participe en:

(Nombre y apellido del alumno: favor de escribir en letra de molde)

Lugar de la excursiones: Excursiones del programa de iSEE. El: 15 de marzo, 12 de abril, 17 de mayo, 14 de junio y el 12 de julio, 2008
(Fecha(s))

Horario de salida: Variable, dirijase al iSEE Outline Horario de llegada: Variable, dirijase al iSEE Outline

Supervisor de LAUSD: _____ Guelsy Gomez, coordinadora del programa iSEE _____

MÉTODO DE TRANSPORTE

- ___ El alumno irá **caminando**.
- ___ El alumno irá en vehículo particular.
- x El alumno irá en autobús escolar.
- ___ Otro _____

Firma autorizada del padre, la madre o el tutor

Fecha

(LOS PADRES LLENARÁN LA INFORMACIÓN Y EL SUPERVISOR DESPRENDERÁ EL TALÓN)

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

Si fuera necesario que mi hijo(a) recibiera atención médica mientras participa en esta excursión, Yo por la presente autorizo al personal del Distrito escolar para que ejerzan su juicio al conseguir atención médica para mi hijo(a), y autorizo al médico elegido por el personal del Distrito Escolar para que le brinde la atención médica que el médico considere necesaria y adecuada. Entiendo que el Distrito cuenta con el **mínimo** (\$1,500) excedente de cobertura del seguro por accidentes de los estudiantes en excursiones de un día bajo la supervisión constante, directa e inmediata de las autoridades escolares designadas y que no están cubiertas las lesiones sufridas por los alumnos que no se encuentren bajo la inmediata supervisión de la escuela. Asimismo entiendo que para las excursiones donde no es posible la supervisión constante, directa e inmediata, el Distrito requiere que los alumnos estén asegurados bajo una cobertura por separado denominada "Cobertura de Corto Plazo, por 24 Horas"

Nombre y apellido del alumno: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono del hogar: _____

Número de teléfono del trabajo: _____

Teléfono de emergencia: _____

Firma autorizada del padre, la madre o tutor

Nombre y apellido del padre, la madre o el tutor (en letra de molde por favor)

Fecha: _____

POR FAVOR, MARQUE ESTE RECUADRO SI TIENEN INSTRUCCIONES ESPECIALES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DEL ALUMNO, Y POR FAVOR DESCRIBAN AQUÍ:

FORMULARIO 34-EH-17 REV. 8/05 STK No. 818901 125-89159-5 (INGLÉS/ESPAÑOL)

PADRES, POR FAVOR TENGAN EN CUENTA LO SIGUIENTE:

El Artículo 35330 del Código de Educación de California establece que, en parte:

"Se considerará que toda persona que participe en una excursión habrá renunciado a todo reclamo contra el Distrito o contra el Estado de California por lesiones, accidentes, enfermedades o fallecimientos que sean consecuencia o que tengan lugar durante un paseo o una excursión."

Si se comunica con la escuela, le será posible adquirir seguro para accidentes con un costo mínimo diario.

Esta institución es un empleador equitativo.

Esta forma es del programa de arquitectura y ingeniería de iSEE
LAUSD