|  |  |
| --- | --- |
|  | **PERMISO PARA EXCURSIÓN** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD Y PERMISO PARA QUE EL ESTUDIANTE **PARTICIPE EN UNA EXCURSIÓN O UNA ACTIVIDAD FUERA DE LA ESCUELA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I, |  | | | | | | | | | *(padre/tutor),estoy de acuerdo en permitirle a mi hijo(a)* | | | | | | |
|  | | | | *(Nombre del estudiante), para que asista a la siguiente excursión o actividad fuera de la escuela*. | | | | | | | | | | | | |
| **Destino/Descripción Detallada de la actividad y Propósito Educativo***:*  Festival de libros juveniles del Norte de Texas. Promover la lectura | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de la excursión/actividad: | | | | | | Sabado 21 de abril | | | Hora de salida: | | | 7:30 | Hora de Regreso: | | | 5:00 |
| Grupo/Clase/Escuela/Club: | | | Bulldog Book and Library Club | | | | | | | | | | | | | |
| Responsable de la excursión/actividad: | | | | | | | | Terrri Moore (Bibliotecaria) | | | | | | | | | |
| Transporte Proveído(Señale todas las que aplican):  Autobús Escolar  Autobús Comercial/Rentado  Transporte Público  Vehículo propio  Vehículo de renta  Ninguno (proporcione sus opciones o no necesarias)  Conductores de Vehículos privados o rentados (Señale todas las que aplican)  Profesor o Miembro del Equipo  Pariente  Estudiante  Otro Adulto | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Servicios de Salud**  Va a requerir su hijo(a) la administración de algún medicamento ó procedimiento médico mientras está en la excursión?  SI  NO  Si su respuesta es sí, indique la medicamento(s) y/ó el procedimiento(s) con las horas de administración:   |  |  | | --- | --- | | **Medicamento/Procedimiento:** | **Hora:** | |  |  |   **Acuerdo del Estudiante**  Al participara en esta excursión, acepto la responsabilidad de mantener buena conducta y apariencia, así como seguir las indicaciones en todo momento.  Firma del Estudiante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Esta declaración es para certificar que yo autorizo al Superintendente o un representante por él designado a obtener cualquiera o toda la atención médica de emergencia y tratamiento necesario para mi hijo(a) en caso de sufrir una enfermedad seria o sostener una lesión grave mientras participa en este viaje o actividad. Yo entiendo que, aunque la seguridad del (de la) estudiante es de alta prioridad para el Distrito, bajo la ley del Estado, la escuela no es responsable de asumir los costos de la atención médica asociados con la lesión del (de la) estudiante.  En consideración por la participación de mi hijo(a) en el viaje de excursión o actividad descrita arriba, yo expresamente libero de toda responsabilidad y desisto de presentar al Distrito, sus Fiduciarios, empleados, agentes y designados cualquier y todo reclamo por el pago de gastos médicos, pérdida de servicios, lesión personal o daños a la propiedad, muerte, u otras reclamaciones, acciones, o responsabilidades contra él o ellos a nombre de mi hijo(a), sin tomar en cuenta la causa de tales reclamos, acciones, o responsabilidades o cualquier falta o negligencia concurrente o contribuyente de él o ellos, como tal puede resultar de la participación de mi hijo(a) en el viaje o actividad.  En consideración adicional a la participación de mi hijo(a) en el viaje de excursión o actividad descrita arriba, yo también me comprometo a desagraviar y liberar de toda responsabilidad al Distrito, sus Fiduciarios, empleados, agentes y representantes asignados, contra cualquiera y todas las demandas legales, acciones, pérdidas, daños, demandas, o responsabilidades de cualquier naturaleza, tipo, o descripción, incluyendo el pago de honorarios de abogados y costos de corte, presentados por terceros contra él o ellos, resultante de la participación de mi hijo(a) en el viaje o actividad.  Yo entiendo que el Distrito, sus Fiduciarios, empleados y agentes no están renunciando a ninguna inmunidad de soberanía o gubernamental que ellos tienen bajo la ley de Texas.  Yo he leído y entiendo esta liberación de responsabilidades y la firmo voluntariamente y con total conocimiento de su importancia. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma del Padre o Tutor: | | | | |  | | | | | | | | | Fecha: |  | |
| Número telefónico de día: | |  | | | | | Contacto de Emergencia: | | | |  | | | Telefono: |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |