



Los Molinos Unified School District

7851 Highway 99E, Los Molinos, CA 96055

Phone (530) 384-7826, Fax (530) 384-7832

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS MOLINOS
AVISO DE EXCURSIÓN VOLUNTARIA
Y AUTORIZACIÓN MÉDICA – MENOR DE EDAD**

Estimado Padre/Tutor:

Por la presente autorizo a _____ (estudiante) a participar en esta actividad voluntaria . Actividad _____
Destino _____

Día y horario de salida _____ Día de regreso y horario _____

En caso de enfermedad o lesión, por la presente doy mi consentimiento para que cualquier radiografía, examen, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico, quirúrgico o dental y atención hospitalaria se considere necesario según el mejor juicio del médico, cirujano o dentista tratante y se realice por o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o centro que preste servicios médicos o dentales.

Como se establece en la Sección 35330 del Código de Educación de California, entiendo que renuncio a todos los reclamos contra el DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS MOLINOS, sus oficiales, agentes y empleados por cualquier lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurra durante o por motivo de esta excursión o excursión, incluidos actos de negligencia por parte del DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS MOLINOS, sus funcionarios, agentes o empleados.

Entiendo completamente que los participantes deben cumplir con todas las reglas y regulaciones que rigen la conducta durante el viaje. Cualquier violación de estas reglas y regulaciones puede resultar en que esa persona sea enviada a casa a expensas de su padre/tutor.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Aseguranza Medica: _____ Numero de Póliza: _____

Dirección de Aseguranza: _____

Una nota especial para el padre / tutor:

1. Todos los medicamentos deben registrarse en este formulario.
2. Todas las drogas, excepto aquellas que deben mantenerse en la persona del estudiante para uso de emergencia, deben ser guardado y distribuido por el personal.
3. ____ Marque aquí si hay problemas especiales que el personal debe conocer y no hay medicamentos requerido en el viaje.
4. Si el estudiante debe tomar algún medicamento o drogas, indíquelo aquí: (Nombre del medicamento y motivo) _____. Si su hijo o hija tiene un problema médico especial, por favor adjunte una descripción de ese problema a esta hoja.