NOTA: Favor de entregar esta forma a Ms. Denice o Ms. Diana en el salon 108 o en la oficina.
Su estudiante NO VA PODER PARTICIPAR sin esta forma completada y firmada. Gracias!

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE POMONA (DISTRITO)
800 SOUTH GAREY AVENUE
POMONA, CA 91766

**PARTICIPACION VONLUNTARIA DE UN ESTUDIANTE EN UNA EXCURSION ESCOLAR DEL DISTRITO**
**PERMISO DE LOS PADRES, ASUMO DE RIESGO Y AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO**

Fecha:_____

Nombre del estudiante:_____, tiene permiso para participar en la siguiente excursion escolar:

Destino/Naturaleza de la Actividad: Back 2 School Blockbuster - Fundraiser (Recaudación de fondos)
(Por favor sea especifico e.g., Concierto en el Centro de Artes de Norwalk-LaMirada)

Instrucciones/Informacion Especial: El estudiante tiene que ser recojido a las 3:15pm de la tarde por un adulto.
(e.g., necessita el lunche)

Salida
Fecha: 8/13/24 Hora: 1:15pm (AM/PM)

Regresso
Fecha: 8/13/24 Hora: 3:15pm (AM/PM)

Persona a cargo: Diana Elizabeth Hernandez Posicion: Coordinadora de Escuelas Comunitarias Escuela: Emerson Middle School

Forma de Transportacion
❑ Bus Escolar/Vehiculo ❑ Caminando ☑ Otro No se aplica. Estaremos en la escuela.

Necesidades especiales de salud: Marque ✔ como se apropiado

| | |
|---|---|
| | Mi estudiante no tiene necesidades especiales de salud de las cuales el personal debe ser notificado y no necesita tomar medicamento alguno. |
| | Mi estudiante tiene una necesidad especial y se adjuntan instrucciones. Numero de paginas adjuntas: _____ ← ***insert #*** |
| | Otro: |

En el caso de cualquier dano o perjuicio, o enfermedad, you, por este medio, doy consentimiento para cualquier examen de rayos X, examinacion medica, anestetico, diagnostico medico, dental, o de intervencion quirugica o tratamiento y cuidado de hospital considerado necesario de acuerdo al major juicio del medico asistente, cirujano o dentista, realizado bajo la supervision de un miembro del personal medico del hospital o establecimiento medico proveyendo los servicios medicos o dentales.

Yo entiendo completamente que los participantes se deben de regir por todas las reglas y regulaciones que gobiernan la conducta.

De acuerdo con el Codigo de Educacion de California Seccion 35330, yo estoy de acuerdo en renunciar a todo reclamo contra el Distrito, en declarar al Distrito, sus officials, empleados y agents, libres de danos y perjuicios por cualquier y toda obligacion y reclamos que sugieran de o en coneccion con la participacion de mi nino/nina en esta actividad. Esta renuncia, sin embargo, no se aplicara a cualquier dano o perjuicio que resultar exclusivamente por la negligencia de empleados o agents del Distrito

_____ _____ Trabajo (____)_____
Firma (Padre de Familia/Guardian) Por Favor escriba su nombre Casa (____)_____
Cell (____)_____

Fecha:_____

_____ _____
Firma del Estudiante Fecha de Naciemiento (MM/DD/YR)

Compania de Seguro Medico
de la Familia:_____ numero de Poliza:_____
(e.g., Blue Cross, Kaiser, Aetna, etc.)

---

En el evento de un accidente, por favor notifique a:

_____ _____ Trabajo (____)_____
Nombre Relacion Casa (____)_____
Cell (____)_____