

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PLACENTIA-YORBA LINDA - PROGRAMA DE ATLÉTICO

PERMISO DE LOS PADRES, EMERGENCIA MEDICA Y DOCUMENTO DE RENUNCIA DE RECLAMO AL TRANSPORTAR ESTUDIANTES,

COMPROMISO DE NO FORMULAR RECLAMO

(Año Escolar: Julio 1, 20____ - Junio 30, 20 ____)

COMPLETAR POR EL PADRE O TUTOR: ESCUELA _____

NOMBRE: _____ tiene permiso para participar en el siguiente paseo, actividad o evento.
(Apellido) (Nombre)

Mediante mi firma, yo/ nosotros confirmo mi permiso para que mi hijo(a) participe y sea transportado de ida y regreso a la mencionada actividad. Estoy de acuerdo en que la participación en esta actividad es voluntaria, y es parte del programa de atletismo/ auxiliar del Distrito Escolar Unificado Placentia-Yorba Linda. Entiendo que esta actividad puede causar una seria enfermedad, y/ o lesión, y/ o muerte, y yo asumo el riesgo por cualquier enfermedad, lesión o muerte.

Locación del Paseo, Actividad o Evento _____

Domicilio del Estudiante: Calle _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel. Hogar: _____ Tel.Trabajo Padre: _____ Tel. Trabajo Madre: _____

INFORMACIÓN DE SERVICIO DE TRANSPORTE

La hora de partida es cuando sale el autobús escolar, y la hora de regreso es inmediatamente seguida a la actividad planeada. Punto de partida y de regreso es de/ a tu escuela. El destino será en el sitio de la actividad planeada.

La forma de transporte que el estudiante tendrá para la temporada del deporte arriba mencionado, puede ser: ____ Autobús del Distrito
____ Camión rentado ____ Auto del Distrito manejado por personal del Distrito ____ Auto Privado manejado por personal del Distrito*
____ Auto privado manejado por Padre* ____ Auto privado manejado por Adulto* (no un empleado del Distrito)
____ Auto Privado, Estudiante manejando solo su auto * (no se permiten más pasajeros)

*Todos los conductores deberán completar el Registro de Conductor Escolar adjunto, el cual será llenado en la escuela. Empleados conductores del Distrito deberán llenar también un reporte del DMV con PYLUSD de Administración de Riesgos.

HISTORIA DE SALUD E INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO

Favor cheque todo que aplica.

<input type="checkbox"/>	Mi hijo/a no tiene necesidades especiales, el personal debe saber que no necesita medicamento en este paseo, actividad, deporte.
<input type="checkbox"/>	Mi hijo/a tiene necesidades especiales y/ o se requiere medicación en este paseo, actividad, deporte. Nota: Adjunte instrucciones y locación del medicamento. Número de páginas adjuntas: ____ Es responsabilidad del padre notificar a la escuela de cualquier cambio en el medicamento de su hijo(a).
<input type="checkbox"/>	Por favor ponga cualquier alergia en una lista.
<input type="checkbox"/>	Otro: _____

Nota: Se deberá adjuntar a este documento un reporte de evaluación física y de pre-participación en deportes.

La fecha del estudiante de nacimiento: _____ Nombre del medico: _____ Teléfono: _____
Para el alojamiento religioso, una copia de le forma apropiada debe ser atada.

¿Tiene cobertura de seguro actual? ()Sí ()No (Si no, por favor vea Myers-Stevens y Toohey Accidentes de Estudiantes , y Folleto de Seguro Médico)

Nombre del Asegurado (Padre/Tutor): _____ Empleador: _____

Compañía de Seguro contra Accidentes/ Salud: _____ Número de Póliza: _____

* El/Ella ____ PUEDE ____ NO PUEDE (marque uno) recibir atención médica apropiada por un médico con licencia.

* El/Ella ____ PUEDE ____ NO PUEDE (marque uno) ser admitida en un hospital en caso de emergencia.

Yo/ Nosotros reconozco que el Distrito no tiene la responsabilidad de proveer seguro o beneficios de cobertura de salud en la participación de esta actividad.

Si no podemos ser localizados en caso de emergencia favor llamar a: _____ Relación _____ Teléfono: _____

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD/ AUTORIZACIÓN PARA TRATAR A UN MENOR

Para y en consideración al permiso del niño antes mencionado, de participar en la actividad descrita arriba, yo, quien firma, por él/ ella y representantes personales, asigna, heredero, y familiar cercano, así como para cualquier menor por quien esta exoneración y Convenio de NO formular reclamo es expedida, o que el representante personal, asigna, heredero, y familiar cercano, voluntariamente por este medio LIBERA, RENUNCIA, QUITA, y ACCEDE A NO RECLAMAR en contra del Distrito Escolar Unificado Placentia-Yorba Linda, a sus agentes o empleados, o al estado de California por cualquier lesión, accidente, enfermedad o muerte ocurrida durante o debido a la actividad, o cualquier actividad incidental al paseo o excursión sujeta a este permiso (Código de Educación Sección 35330). Quien firma, por medio de la presente, reconoce que él /ella ha sido notificado de todas las reglas y regulaciones de seguridad pertinentes a esta actividad y el uso de equipo de protección por parte de todos los participantes. Yo/ Nosotros entendemos que estas reglas de seguridad serán obligatorias durante todos los juegos y prácticas. Yo/ nosotros entendemos completamente que los participantes se apegarán a todas las reglas y regulaciones que rigen la conducta durante esta actividad.

Yo/ Nosotros el padre que firma, padres, o guardián legal del niño arriba mencionado, un menor, por medio de la presente autorizo y doy mi consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico proporcionado bajo la supervisión especial o general de cualquier miembro del personal de emergencia y sala de emergencia con licencia bajo la provisión del Decreto de Práctica Médica o un dentista con licencia bajo la provisión del Decreto de Práctica Dental y sobre el personal de cualquier buen hospital general con licencia vigente para operar, un hospital del Departamento de Salud Pública del Estado de California (solo si se nos ha dado permiso anteriormente para recibir atención médica y la admisión a un hospital por una emergencia médica). Se entiende que esta autorización se da previamente a cualquier diagnostico específico, tratamiento, o cuidado de hospital requerido, pero se da para conferir autoridad y poder para proporcionar atención por el médico mencionado en el ejercicio de su mejor juicio para tomar la mejor decisión. Se entiende que se debe hacer un gran esfuerzo por contactar a la persona que firma, antes de proporcionar cualquier tratamiento al paciente pero que cualquiera de los tratamientos mencionados arriba no se detendrán si la persona que firma no puede ser localizada. Esta autorización es brindada de acuerdo con las provisiones de la Sección 25.8 del Código Civil de California. Yo/ Nosotros estamos de acuerdo en asumir las responsabilidades financieras por las lesiones de mi hijo(a).

Yo/ Nosotros entendemos que este paseo, actividad, o evento, puede ser cancelado en cualquier momento por razones de seguridad. Tales paseos están sujetos a cancelación o modificación cuando el Departamento de Seguridad de U.S. anuncia ya sean Condiciones de Riesgo (Naranja), o Condición Severa (Roja). En el evento de alguna cancelación por el Distrito, Yo/ Nosotros aceptamos todos y cada uno de los riesgos financieros o penalidades impuestas por los prestadores de servicios de viajes, estancias, o servicios relacionados con el paseo, como resultado de la cancelación.

Nombre del Padre/ Tutor: _____;

Firma del Padre/ Tutor: _____;

Firma del Estudiante si es mayor de 18 años: _____ Fecha: _____