

**FORMULARIO DE PERMISO Y AUTORIZACIÓN MÉDICA**  
**PROGRAMA HISTÓRICO/CULTURAL OLD TOWN**

Nombre del/a Alumno/a \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Maestro/Salón Número \_\_\_\_\_

Fecha de Participación \_\_\_\_\_

Estoy enterado que la participación en el Programa Old Town es voluntario. Los materiales del programa estudiantil se proporcionan.

Estoy consciente de los proveídos establecidos en el Código de Educación 35330 la cual establece, en parte, que “.... Se considerará que todas las personas que hagan el viaje de estudios o excursión renuncian a todas las quejas y reclamos contra el Distrito o el Estado de California por lesiones, accidente, enfermedad o muerte que ocurra durante o por el mismo viaje de estudios o excursión...” Con lo anterior en mente, “Autorizo a mi hijo/a arriba mencionado/a a participar en el programa descrito en la comunicación para los padres que recibí.”

Estoy enterado que mi hijo/a será llevado de su escuela al sitio del Programa de Old Town para la participación en el programa en la semana. El autobús lo brindará el Distrito Escolar Unificado de San Diego. \*En caso de emergencia, podría ser necesario que mi hijo/a sea llevado/a al Programa Old Town en un vehículo propiedad del empleado.

Si fuera necesario obtener servicios médicos de emergencia para mi hijo/a debido a un accidente o enfermedad, estos servicios podrán ser prestados sin consentimiento adicional del padre o tutor. Personalmente me responsabilizaré de los costos incurridos por dichos servicios.

EN CASO DE EMERGENCIA, FAVOR DE LLAMAR A:

NOMBRE \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

ANOTE PROBLEMAS DE SALUD ACTUALES O LIMITACIÓN DE ACTIVIDADES: \_\_\_\_\_

ANOTE EL MEDICAMENTO REQUERIDO DURANTE EL DÍA EN EL PROGRAMA: \_\_\_\_\_

**NOTA:** No mande medicamentos con su hijo/a. Los medicamentos que su hijo/a ingiera durante el horario de clases debe administrarlo un adulto en la oficina de la escuela. La oficina los enviará al programa OCILE. (Procedimiento Núm. 6372)

MARQUE EL ALMUERZO QUE USTED PREFIERA: Se incluye leche en ambas opciones.

Favor de proveer almuerzo de día de campo sin costo alguno para mí.

Mandaré a mi hijo/a con el almuerzo preparado en casa

**Estoy enterado de los términos y condiciones de arriba y estoy de acuerdo que participe mi hijo/a en el Programa Histórico/Cultural Old Town de conformidad con estos términos y condiciones.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa

\_\_\_\_\_  
Teléfono del Trabajo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Domicilio del/a Alumno/a