

Sección 1: Tipo de Viaje

ESCUELA	DESTINO	FECHA DE SALIDA	HORA DE SALIDA	HORA DE REGRESO
DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD		NOMBRE DEL SUPERVISOR	TELEFONO DE LA ESCUELA	
CUANDO SE ANTICIPA MAS DE UN DESTINO, POR FAVOR EXPLIQUE Y ADJUNTE EL HORARIO		ARREGLOS DE COMIDA (cuando sea necesario)		

 Sección 2: Información del Estudiante, Permiso de viaje y Permiso Médico (*completado por el padre/tutor*)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE		# CELULAR DEL ESTUDIANTE	TELEFONO DE CASA DEL ESTUDIANTE
NOMBRE DEL SEGURO MEDICO		NUMERO DE POLIZA	
◆ PERMISO PARA EL VIAJE Yo, padre/madre del estudiante arriba mencionado, otorgo permiso a la escuela para llevarlo en el viaje aquí descrito.	◆ PERMISO MEDICO Yo, padre/tutor del estudiante arriba mencionado, otorgo permiso al maestro supervisor para autorizar los servicios médicos necesarios en una emergencia incluyendo inyecciones, anestesia, cirugía y medicamentos, si yo no puedo ser contactado en los teléfonos abajo mencionados. Estoy de acuerdo en pagar cualquier gasto que se pueda presentar, y no sea cubierto por mi seguro, como resultado de un accidente o emergencia médica donde esté involucrado el estudiante arriba mencionado.		
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR (letra de molde)	FIRMA DEL PADRE/TUTOR	NUMERO DE CELULAR	

Form A Parent Permission Rev. July 2017 SPANISH

Sección 1: Tipo de Viaje

ESCUELA	DESTINO	FECHA DE SALIDA	HORA DE SALIDA	HORA DE REGRESO
DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD		NOMBRE DEL SUPERVISOR	TELEFONO DE LA ESCUELA	
CUANDO SE ANTICIPA MAS DE UN DESTINO, POR FAVOR EXPLIQUE Y ADJUNTE EL HORARIO		ARREGLOS DE COMIDA (cuando sea necesario)		

 Sección 2: Información del Estudiante, Permiso de viaje y Permiso Médico (*completado por el padre/tutor*)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE		# CELULAR DEL ESTUDIANTE	TELEFONO DE CASA DEL ESTUDIANTE
NOMBRE DEL SEGURO MEDICO		NUMERO DE POLIZA	
◆ PERMISO PARA EL VIAJE Yo, padre/madre del estudiante arriba mencionado, otorgo permiso a la escuela para llevarlo en el viaje aquí descrito.	◆ PERMISO MEDICO Yo, padre/tutor del estudiante arriba mencionado, otorgo permiso al maestro supervisor para autorizar los servicios médicos necesarios en una emergencia incluyendo inyecciones, anestesia, cirugía y medicamentos, si yo no puedo ser contactado en los teléfonos abajo mencionados. Estoy de acuerdo en pagar cualquier gasto que se pueda presentar, y no sea cubierto por mi seguro, como resultado de un accidente o emergencia médica donde esté involucrado el estudiante arriba mencionado.		
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR (letra de molde)	FIRMA DEL PADRE/TUTOR	NUMERO DE CELULAR	

FORM A - Parent Permission Rev. July 2017 SPANISH