

**PERMISO PARA PADRES QUE VOLUNTARIAMENTE AUTORIZAN
EXCURSIÓN DEL DIA / CUIDADO MÉDICO EN CASO DE EMERGENCIA**

A: **BELLA MENTE MONTESSORI ACADEMY:** _____
(Nombre de Estudiante: por favor imprimir)

tiene mi permiso para participar en el (día de excursión /ubicación) _____

El: _____ Hora de Salida: _____ Tiempo de Vuelta: _____

Método de transporte: _____ Maestra/o Supervisor (por favor imprimir): _____

Actividad(es) general (es) a ser incluido:	(1) _____
	(2) _____
	(3) _____

Al otorgar permiso para asistir a la excursion, usted reconoce y da permiso para que las fotos / videos de su hijo sean publicados por la escuela en los sitios web de la escuela y en las plataformas de redes sociales y se publiquen. Además, liberó a Bella Mente, su Junta Directiva, empleados y representantes de cualquier responsabilidad derivada del uso de este material y por la presente renuncio a cualquier derecho que pueda tener para inspeccionar y aprobar el producto terminado o la copia que pueda usarse en relación con Cualquier imagen utilizada por la escuela.

PADRES, POR FAVOR OBSERVAN: La Sección 35330 del Código de Educación de California establece en parte: "Se considerará que todas las personas que realizan la excursión han renunciado a todas las reclamaciones contra el distrito, la escuela autónoma o el Estado de California por lesiones, accidentes, enfermedades o muertes ocurridas durante o Por motivo de la excursión o excursión ". Si el estudiante no cumple con las reglas, el estudiante puede ser enviado a casa a expensas de los padres / tutores. Las excursiones son voluntarias y un privilegio; estudiante puede permanecer en la escuela a petición de los padres / tutores.

ASUNCIÓN DE RIESGO: Al firmar aquí, el padre / tutor legal renuncia a la responsabilidad civil contra la escuela y reconoce que el viaje y sus actividades pueden exponer al estudiante a daños potenciales, incluidas lesiones o la muerte.

X _____
 Firma Autorizada del Padre o Tutor

Marque aquí si el niño **no puede** participar en el número de la actividad: (1) (2) (3) [Círcula si es aplicable]

Marque aquí para confirmar que ha leído y recibido el itinerario detallado, las instrucciones y los requisitos.

AUTHORIZATION FOR MEDICAL CARE

If it becomes necessary for my child to have medical care while participating in this trip, I hereby give school personnel permission to use their judgment in obtaining medical care for the child, and I give permission to the physician selected by school personnel to render medical care deemed necessary and appropriate by the physician. I understand that the school carries student accidental injury insurance in an amount limited to \$50,000 (applies excess of family health insurance if applicable.)

Nombre de Estudiante: _____

Dirección de Casa: _____

Número de teléfono de la casa de los padres/tutores: _____

Número de teléfono del trabajo del padre/tutor: _____

Teléfono de contacto de emergencia: _____

X _____
 Firma Autorizada del Padre o Tutor

 Nombre de Padre o Tutor (por favor imprimir)

Fecha: _____

POR FAVOR, REVISE AQUÍ SI LAS INSTRUCCIONES PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO ESPECIAL Y / O MEDICAMENTOS DE EXCURSIÓN PARA EL ESTUDIANTE ESTÁN EN EL ARCHIVO DE LA ESCUELA.

AVISO DE VIAJES DE VIDA SILVESTRE: Ciertos lugares pueden estar sin acceso fácil a rescate de emergencia o asistencia médica. El terreno, el clima inesperado o el posible encuentro con la vida silvestre pueden exponer al estudiante a riesgos de lesiones.

Donación Recomendada: _____

Donación: _____

Billetes

Cheque

Iniciales de maestra/o: _____