

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

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

tiene mi permiso para participar en el (viaje nocturno/ubicación) _____

E: _____ A: _____ 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) _____

Nivel de habilidad de nado del estudiante [marcar uno]:

Principiante: ____ **Intermedio:** ____ **Avanzado:** ____

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 muer

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.

Nombre de Estudiante: _____

Direccion 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: _____

AUTORIZACIÓN PARA EL CUIDADO MÉDICO

Si es necesario que mi hijo tenga atención médica mientras participo en este viaje, por la presente le doy permiso al personal de la escuela para usar su criterio para obtener atención médica para el niño, y le doy permiso al médico seleccionado por el personal de la escuela para brindar atención médica Considerado necesario y apropiado por el médico. Entiendo que la escuela tiene un seguro de lesiones accidentales para estudiantes por un monto limitado a \$50,000 (aplica el exceso de seguro de salud familiar, si corresponde).

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: _____