



## DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LAKE ELSINORE

### PERMISO/AVISO DE EXCURSIÓN VOLUNTARIA DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante en letra de molde \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela Luiseño

tiene mi permiso para participar en la siguiente actividad/salida voluntaria:

Knott's Berry Farm: 8039 Beach Boulevard, Buena Park

Fecha & Hora de Partida: 6/3/2024 @ 9:00am Fecha & Hora de Regreso: 6/3/2024 @ 7:00pm

- Yo entiendo que la ley dice en la Sección 35330 del Código de Educación de California, que el Distrito Escolar Unificado de Lake Elsinore, sus oficinas, agentes y empleados serán dejados a salvo de responsabilidad o reclamaciones las cuales pueden suceder con respecto a la participación en esta actividad.
- En caso de enfermedad o lesión, doy mi permiso a cualquier radiografía, examen, anestésico, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico o dental y atención médica si es considerada necesaria por el médico, cirujano, o dentista a cargo del hospital o localidad donde los servicios médicos o dentales son ofrecidos.
- Yo comprendo muy bien que los participantes deben cumplir con todas las reglas y regulaciones que gobiernan la conducta durante el paseo. Cualquier violación de estas reglas y regulaciones puede resultar en que el estudiante sea enviado a la casa al costo de los padres.
- **Entiendo que todo paseo educativo empieza y termina en la escuela.**
- La transportación será proporcionada por:  
\_\_\_\_ Autobús Escolar. \_\_\_\_ Autobús Alquilado por el Distrito. \_\_\_\_ Furgoneta del Distrito  
\_\_\_\_ Vehículo Privado. \_\_\_\_ No aplica. \_\_\_\_ Otro: Favor de describir \_\_\_\_\_
- **IMPORTANTE:** (1) Todo medicamento, excepto los que el estudiante debe de mantener en su persona para emergencias (EpiPen/Inhalador) deben ser mantenidas y distribuidas por los empleados; **Yo entiendo que es mi responsabilidad** proveer todos los medicamentos y documentación adecuada para cada medicina. (2) Si el estudiante se tomará sus medicinas, una autorización médica **DEBE** existir para cada medicamento incluso medicamento sin receta. Todo el medicamento será proporcionado por los padres en el envase original con el nombre del estudiante, nombre de la medicina, la dosis, el horario y vía de administración, nombre del medico y fecha de vencimiento de la receta medicinal.

Padre/ Tutor (por favor imprima) \_\_\_\_\_

Mejor numero de contacto \_\_\_\_\_

Firma de Padre/ Tutor \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

*Esta renuncia es necesaria para participar en atletismo*