

Permiso de Excursión

Mi hijo/hija _____, tiene mi permiso de ir con su clase a _____ el día(s) _____. El propósito de esta excursión es _____. En la fecha de esta excursión, podré ser contactado en casa en el número telefónico _____ o en el trabajo en el número telefónico _____

Firma del Padre o Guardián Legal

Fecha

PODER LIMITADO DE ABOGADO

Si surge una emergencia grave, puede ser necesario que un médico atienda a su hijo/hija antes de que el personal pueda ponerse en contacto con usted o con su médico. Tal cuidado solo puede ser proporcionado si usted firma la siguiente AUTORIZACION PARA RECIBIR TRATAMIENTO MEDICO.

Yo doy al maestro(a) o al administrador encargado de mi hijo/hija poder limitado de abogado para actuar en mi ausencia y ver que mi hijo/hija reciba cualquier tratamiento médico que sea necesario en caso de enfermedad o accidente

Lista de las exoneraciones médicas (alergias, transfusiones de sangre, etc.) de su hijo/hija:

Lista de problemas médicos significativos:

Mi hijo/hija actualmente esta tomando los siguientes medicamentos recetados por un médico:

Nombre del medicamento _____

Cantidad recetada _____

Firma del Padre /Guardián Legal

Fecha

Compañía de Seguros de Salud y Accidente _____

Número de Póliza _____