



WAKE COUNTY PUBLIC SCHOOL SYSTEM

CONSENTIMIENTO DE PADRE E INFORMACION MEDICA DEL ESTUDIANTE PARA EXCURSIONES ESCOLARES

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO, YO CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ENTIENDO LA INFORMACION DE ABAJO Y QUE TODA LA INFORMACION QUE YO HE PROPORCIONADO ES EXACTA, COMPLETA Y CORRECTA A MI SABER Y ENTENDER. **SI ESTE FORMULARIO NO ES COMPLETADO Y DEVUELTO ANTES DEL _____, NO SE PERMITIRA QUE EL ESTUDIANTE PARTICIPE EN LA EXCURSION Y PERMANECERA EN LA ESCUELA EN UNA ACTIVIDAD SUPERVISADA.**

Excursión o Actividad planeada _____

Adjunto hay un itinerario que incluye el lugar o lugares que se visitarán, un horario de actividades diarias y las fechas, horas y lugares de salida y de regreso.

Fecha(s) de viaje _____ **Objetivo del viaje o actividad** _____

Escuela _____ **Nombre del maestro/patrocinador** _____

Método de Transporte: vehículo de WCPSS autobús/vehículo contratado *vehículo privado

** Cuando se usan vehículos privados para transportar a los estudiantes, sólo la cobertura de responsabilidad del dueño del vehículo es aplicable a cualquier accidente vehicular. Cuando los estudiantes son transportados por vehículos propiedad del Sistema de Escuelas Públicas del Condado Wake, la cobertura de responsabilidad del vehículo del sistema escolar aplica a cualquier accidente vehicular.*

Cambios/Cancelaciones

Yo entiendo que las excursiones escolares pueden ser canceladas, cuando sea necesario, por el director, superintendente o junta directiva escolar. El sistema escolar no puede garantizar el reembolso cuando ocurran tales cancelaciones. A los padres/tutores legales se les notificará de cualquier cambio significativo en los planes antes de la excursión escolar.

Expectativas e Instrucciones

Yo entiendo que se espera lo siguiente del estudiante:

- Seguir las instrucciones dadas por los maestros/acompañantes.
- No dejar o separarse del grupo sin la autorización apropiada de un maestro/acompañante.
- Cumplir con todas las políticas y las reglas de conducta de la escuela y del distrito escolar.

En el caso de que cualquiera de las expectativas o instrucciones arriba mencionadas sean infringidas, entiendo que los funcionarios escolares se reservan el derecho de retirar al estudiante del viaje y que el estudiante estará sujeto a las consecuencias disciplinarias escolares.

Cobertura de Seguro

Yo expreso que el estudiante tiene cobertura de seguro a través del programa de seguros estudiantil del sistema escolar o a través de mi propia póliza con una compañía de seguros.

Yo solicito que _____ (estudiante) sea permitido participar en la excursión y/o la actividad planeada y que reconociendo los riesgos inherentes a la excursión y/o la actividad planeada, expresamente consiento la participación del estudiante. En caso de un accidente o una emergencia médica, yo autorizo a los funcionarios escolares a buscar y autorizar asistencia médica de emergencia en nombre del estudiante. Yo asumiré la responsabilidad de todos los gastos. Entiendo que los funcionarios escolares usarán la información de contacto proporcionada abajo para intentar de ponerse en contacto conmigo en caso de tal accidente o emergencia.

Este formulario debe permanecer con los funcionarios escolares en todo momento durante la excursión escolar.



Firma del Padre/Tutor Legal _____ Fecha _____

Nombre del Padre/Tutor Legal _____ Tel. de día () _____

Dirección de domicilio _____ Tel. de noche () _____

Contacto de emergencia _____ Tel. de emergencia () _____

Nombre de Cía. De Seguros _____ # de póliza _____

Información de Salud para la Excursión Escolar

En caso de que las necesidades médicas rutinarias de cualquier estudiante que asiste a la excursión escolar no se puedan atender por el personal escolar, se puede requerir que una enfermera autorizada lo asista. Los padres de estudiantes con necesidades médicas serán contactados directamente por la enfermera escolar asignada. En caso de accidente o emergencia, la información de abajo también puede ser proporcionada a los proveedores médicos de emergencia según sea necesario.

- El estudiante no tiene medicamento(s) y/o no necesita asistencia médica durante esta excursión escolar
- El estudiante requiere medicamento(s) y/o asistencia médica durante esta excursión escolar (*completar la información de abajo)
- El Padre/Tutor Legal asistirá a esta excursión escolar y proveerá el medicamento(s) y/o la asistencia médica para este estudiante

*Detalle todos los medicamentos diarios y de emergencia (incluyendo la dosis y hora en que se tomó) que se necesitan durante esta excursión escolar.

Medicamento	Dosis	Hora

¿El estudiante requiere asistencia médica, además de la administración de los medicamentos?

- Sí No

De ser sí, describa: _____

Detalle todas las alergias: _____

