



**ESCUELAS PÚBLICAS DE ARLINGTON**  
**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PADRES Y TUTORES LEGALES**  
**PARA LA PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE EN EXCURSIONES ESCOLARES**

**Esta sección debe ser llenada por el personal escolar**

Nombre del estudiante:		Escuela:	Grado:
Excursión (incluya el propósito de la excursión, y las actividades que han sido programadas, si fuera necesario):			
Fecha(s) de la excursión:	Hora(s) de la excursión:	Costo (si hay algún costo):	
Medio de transporte (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Vehículo privado <input type="checkbox"/> Caminando <input type="checkbox"/> Autobús escolar <input type="checkbox"/> Autobús alquilado <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Transporte comercial <input type="checkbox"/> Transporte aéreo			
Conductores de vehículos: <input type="checkbox"/> Conductor de autobús de APS <input type="checkbox"/> Funcionario(s) de APS <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otro adulto			
Riesgos afines (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Centro de natación <input type="checkbox"/> Parque de diversiones o atracciones <input type="checkbox"/> Playa, río, arroyo, u océano <input type="checkbox"/> Destino a pie			

**Padres/Tutores – Por favor, lean la siguiente información, marquen todas las casillas que correspondan, y firmen al final de esta sección.**

**Autorización del Padre, Madre o Tutor Legal y Aceptación de Riesgos**

Yo, padre, madre, o tutor legal del estudiante cuyo nombre aparece arriba, AUTORIZO su participación en esta excursión. Entiendo que la participación en esta excursión es voluntaria y que no es exigida como parte del currículo de instrucción. Entiendo que expone a mi hijo a algunos riesgos. He leído y entiendo el propósito de la excursión y autorizo a mi hijo a participar en la excursión, y, a que sea transportado como ha sido indicado arriba. También entiendo que la participación en el paseo escolar implicará actividades fuera de la propiedad escolar; por lo tanto, ni las Escuelas Públicas de Arlington, ni sus empleados, ni sus voluntarios tendrán ninguna responsabilidad por la condición o el uso de propiedad no escolar. También entiendo que si no se proveen autobuses escolares, APS no asegura el transporte indicado arriba. Yo, expresamente exonero de responsabilidad a la Junta Escolar de las Escuelas Públicas de Arlington, sus miembros, agentes, empleados y representantes, así como a supervisores y acompañantes (a quienes en lo sucesivo se les llamará "Partes exoneradas") por todas pérdidas, daños o lesiones que ocurran como resultado de, con relación a, o durante la excursión o paseo de mi hijo, cuyo nombre aparece arriba, y acuerdo a reembolsar a las Partes exoneradas sin que dicho reembolso se limite a los costos por gastos contraídos para la atención médica de emergencia, procedimientos médicos o tratamiento, que fueran necesarios.

Acuerdo a lo que se estipula arriba.                       No quiero que mi hijo participe en esta excursión.

**Notificación de la Responsabilidad Financiera**

Por favor note que la Junta Escolar reserva el derecho de cancelar todo viaje de excursión por razones de seguridad u otros motivos. En tal caso de cancelación del viaje, las políticas de cancelación del operador del viaje, de hoteles, compañías de autobús, boleteros y otros que proveen servicios en conexión al viaje determinará la cantidad del reembolso al cual usted tendrá derecho, si alguno. La Junta Escolar no hará reembolsos o devoluciones por cancelación o retraso del viaje. Al firmar abajo, los padres y tutores legales certifican que han leído esta notificación y que aceptan la responsabilidad de todos los costos de cancelación, costos, pérdidas, costos de atención médica, hospital y médico(s), así como cualquier otro tipo de costos contraídos por o por parte del padre, madre o tutor legal, o su hijo o alumno con relación a esta excursión o paseo.

Acuerdo a lo que se estipula arriba

**Autorización para Recibir Atención Médica**

En caso de una emergencia, cuando no se pueda localizarme a mi (o a mi médico de familia), por la presente, autorizo al personal escolar a llevar a mi hijo al hospital más cercano, (ya sea en un vehículo privado o del servicio de transporte médico urgente). Además, autorizo al hospital y a su personal médico a proporcionar el tratamiento que el médico considere necesario para el bienestar y la salud de mi hijo. **La información que sigue es precisa conforme a mi mejor saber y entender.**

Acuerdo a lo que se estipula arriba

Padre, madre o tutor legal (o estudiante apto mayor de 18 años) Firma:	Fecha:
--	--------

**Acuerdo del Estudiante**

Acepto responsabilidad de mi conducta y acuerdo a comportarme bien durante la excursión o paseo patrocinado por la escuela. Obedeceré las instrucciones en todo momento. Entiendo que rigen las políticas escolares de las Escuelas Públicas de Arlington de comportamiento y derechos y responsabilidades expresas en el Manual de las Escuelas Públicas de Arlington y que seré sujeto a ellas.

Firma del estudiante:	Fecha:
-----------------------	--------

## INFORMACIÓN DE CONTACTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

### Información de contacto durante la excursión

Nombre del estudiante:		
Nombre de la madre o tutor legal:		
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:
Nombre del padre o tutor legal:		
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:
Nombre de una persona alternativa:		Relación o parentesco:
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:
<b>Información de cuidado médico</b>		
Médico de la familia:		
Nombre de la compañía de seguro médico:		
Número de la póliza:		
Número de identificación:		
Teléfono:		
Alergias del estudiante a medicamentos. Si el estudiante es alérgico a ciertos medicamentos, por favor, proporcione los nombres de cada uno de ellos, aquí:		
Otros tipos de alergias del estudiante (comida, picaduras de abejas, etc.) Si el estudiante tiene otros tipos de alergias, por favor, proporcione la información aquí.		
Medicamentos que el estudiante deberá tomar durante la excursión (véase la nota abajo):		
Describa qué necesidades especiales tiene el estudiante arriba indicado, para esta excursión o paseo:		

**NOTA:** El día de la excursión en horario escolar, la enfermera de la escuela proporcionará al coordinador del paseo los medicamentos que deban ser administrados al estudiante que ella tiene en su poder y para los cuales se ha provisto el formulario de autorización para la administración. El padre, la madre o el tutor legal se responsabiliza de proveer al coordinador del paseo la autorización y los medicamentos que el estudiante deba recibir durante las excursiones o paseos que toman lugar fuera del horario escolar o duran más de un día.