



**SANTA MONICA MALIBU SCHOOL DISTRICT**  
**PERMISO PATERNAL PARA LA PARTICIPACION DEL (MENOR) ESTUDIANTE EN VIAJE DE ESTUDIO**  
**VOLUNTARIO PATROCINADO POR EL DISTRITO, ASUNCION DE RIESGO, Y AUTORIZACION DE**  
**TRATAMIENTO MEDICO**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ tiene permiso para participar en el siguiente viaje de estudio: Por favor lea esta información cuidadosamente antes de firmar la forma de conocimiento de la actividad y renuncia de responsabilidad adjunta a esta forma.

Destino / Naturaleza de la Actividad: \_\_\_\_\_  
(Por favor sea específico, Ej.: Concierto en UCLA)

Instrucciones Especiales: \_\_\_\_\_  
(Ej. Traer lonche en una bolsa)

**Salida** Fechas: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ **Regreso** Fechas: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Persona a Cargo \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Tipo de Transporte:  Autobús / Vehículo del Distrito  Caminando  Otro \_\_\_\_\_

Salud o necesidades especiales: Marque según sea apropiado

	Mi estudiante no tiene necesidades de salud especiales acerca de las cuales el personal deba estar al tanto, y no requiere medicamento en el viaje
	Mi estudiante tiene una necesidad especial, y las instrucciones están adjuntas. Número de páginas adjuntas: _____.
	Otro: _____

En el evento de enfermedad o lastimadura, por este medio doy consentimiento para cualquier examen de rayos x, anestesia, diagnóstico médico, de cirugía o dental o tratamiento y cuidado de hospital y transportación que sean considerados necesarios en el mejor juicio del doctor, cirujano o dentista que lo atienda y efectuado bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o instalaciones que provean los servicios médicos o dentales. Por adelantado reconozco que el Distrito no provee cobertura médica para la participación en esta actividad.

Yo entiendo completamente que los participantes deben cumplir con todas las reglas y regulaciones gobernando la conducta durante el viaje.

Como es provisto por la Sección 35330 del Código de Educación de California, estoy de acuerdo a renunciar a todos los reclamos en contra del Santa Monica Malibu School District (Distrito) y mantener al Distrito, sus oficiales, agentes y empleados inocuos de cualquiera y toda responsabilidad o reclamo, el cual pueda surgir de o en conexión con la participación de mi niño en esta actividad. Esta renuncia no deberá aplicar a cualquier ocurrencia que pueda surgir únicamente por negligencia del Distrito, sus empleados o agentes.

\_\_\_\_\_  
Firma (Padre o Tutor) Por Favor con Letra de Molde Fecha

Tel. de Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Tel. De la Casa ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante Fecha de Nacimiento del Estudiante

Portador de Seguros Médicos de la Familia: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_  
(Ej. Blue Cross)

En el evento de una emergencia, por favor contacten a:

\_\_\_\_\_  
Nombre Relación Tel. de Trabajo ( ) \_\_\_\_\_  
Tel de la Casa ( ) \_\_\_\_\_