

**Jefferson School District 14J**

Code: **IICA-AR**  
Revised/Reviewed: 9/10/97; 4/29/10; 4/13/16  
Orig. Code(s): 5900.1

**Permiso para Viaje de Mas de Un Día**

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_

Para que mi hijo sea parte de y reciba las ventajas del programa planeado y patrocinado por el Distrito 14J de la Escuela Jefferson, Marion County, Oregon, Yo declaro dar permiso a el/ella de participar en el siguiente viaje:

\*Descripcion del Viaje: \_\_\_\_\_ Fecha(s) del Viaje: \_\_\_\_\_

El transporte puede ser provisto a criterio del Distrito Escolar pero tiene que ser aprobado por el Superintendente

Yo autorizo al distrito 14J de la Escuela Jefferson y a sus empleados de conseguir los servicios de un medico u hospital, y de incurrir los gastos para los servicios necesarios en el evento del accidente o enfermedad, Yo sere responsable del pago de esos gastos.

Por favor llene la lista obligatoria de información de seguro que esta debajo.

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre de Grupo (si aplica): \_\_\_\_\_

Numero de Poliza: \_\_\_\_\_

Numero de Grupo de Poliza (Si aplica): \_\_\_\_\_

Cualquier otra informacio pertinente para propositos del seguro: \_\_\_\_\_

Lista de cualquier medicamento o receta medica que su hijo necesite tomar: \_\_\_\_\_

(Todas las recetas o medicamentos seran guardadas por nuestro personal medico)

Desea usted recibir información sobre nuestro seguro escolar?  Si  No

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Telefono Casa: \_\_\_\_\_

Telefono de Emergencia: \_\_\_\_\_

\*Firma del Encargado Escolar de Revisar la Forma: \_\_\_\_\_?

## **Renuncia de Responsabilidades**

El Distrito de la Escuela Jefferson ha acordado aprobar viajar y participar al alumno en el viaje mencionado anteriormente. El Distrito hace esta aprobacion basado en que su(s) alumno(s) tienen seguro medico cubierto y el claro entendimiento de que el Distrito sera considerado inocente de cualquier lesion, accidente o enfermedad relacionado a este evento.

**Yo declaro renunciar a todas las demandas/reclamos en contra y considero inocente al Distrito de la Escuela Jefferson de todos y de cada una de la(s) demanda(s)/ reclamo(s) de perdida o danos de lesiones personales, dano de propiedad, a favor de mi mismo, herederos, representantes o dependientes.**

Alumno (Nombre en letra) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Padre/Tutor (Nombre en letra) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_