

**Permiso para participar en un paseo escolar**

**El año escolar** \_\_\_\_\_

Por favor, complete esta forma y presentela al supervisor del paseo. El supervisor del paseo tiene que llevar esta información con él/ella en la excursión.

**Nombre del supervisor:** \_\_\_\_\_

**Clase/club/organización:** \_\_\_\_\_

**La fecha del paseo:** \_\_\_\_\_ **Dinero para el paseo:** \_\_\_\_\_

**El destino del paseo escolar:** \_\_\_\_\_

**El horario para el viaje:** \_\_\_\_\_

**Información para tratamiento médico:** Por favor, provea la información siguiente en caso de una emergencia.

Nombre del padre/madre/guardián:

\_\_\_\_\_

apellido	inicial de medio nombre	primer nombre
----------	-------------------------	---------------

1. Nombre del compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Número del seguro: \_\_\_\_\_

2. ¿Su hijo/hija está tomando actualmente medicamentos? (Por favor, indentifique.)  
\_\_\_\_\_

3. ¿ Su hijo/hija tiene alergias? (Por favor, identifique.)  
\_\_\_\_\_

**Firma del padre/madre/guardián:** \_\_\_\_\_

**La fecha:** \_\_\_\_\_

**Número del teléfono de su casa:** \_\_\_\_\_

**Número para usar en una emergencia:** \_\_\_\_\_

Autorizo al personal escolar para transportar a mi hijo/hija a una oficina médica y/o un sitio de emergencia en caso de que asistencia médica sea necesario mientras él/ella está participando en actividades de la escuela. Además, autorizo el personal médico para tratar a mi hijo/hija como sea necesario en una emergencia.

Esta autorización ayudará asegurar que el tratamiento médico para su hijo/hija empezará en caso de que él/ella tenga un hueso roto o otra situación que no es amenaza la vida y usted no está disponible para autorizar tratamiento para su hijo/hija.

**Permiso para participar:** La firma abajo verificará que el estudiante identificado abajo tiene mi permiso participar en el paseo identificado arriba.

**El nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_  
(por favor, imprima)

**La firma del padre/madre/guardián:** \_\_\_\_\_