

Por favor responda  
en inglés

**Bellingham Public Schools**  
**PADRE/MADRE/APODERADO CONSENTIMIENTO**  
**INFORMADO PARA EXCURSIONES**

**Spanish**

Field Trip  
Permission form

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Información general**

La \_\_\_\_\_  
está planeando un viaje a \_\_\_\_\_  
El propósito de este viaje es \_\_\_\_\_  
Destino del viaje \_\_\_\_\_ Número telefónico (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Lugar de alojamiento \_\_\_\_\_  
Saldremos desde \_\_\_\_\_ alrededor de las (hora) \_\_\_\_\_  AM  PM  
el (fecha) \_\_\_\_\_ Regresaremos a la escuela el (día) \_\_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_\_  
alrededor de las (hora) \_\_\_\_\_  AM  PM  Se adjunta el itinerario  Se adjunta lista de artículos necesarios  
**Asistirán:** cantidad de alumnos \_\_\_\_\_ cantidad mínima de adultos/acompañantes \_\_\_\_\_

**Tipo de transporte**

Vehículo del distrito  Transporte comercial  Autobús del distrito  
 Otro (explique) \_\_\_\_\_

**Información médica**

Deben tomarse en cuenta los siguientes problemas de salud especiales y llevarse a cabo las precauciones pertinentes (anote afecciones como reacciones inusualmente graves a la picadura de abejas, otras alergias graves, hemofilia, diabetes, afecciones cardíacas, etc.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Se necesitan los siguientes medicamentos, recetas o dietas especiales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Autorización médica**

En caso de un accidente o enfermedad, comprendo que se realizarán esfuerzos razonables por comunicarse inmediatamente con los padres/apoderados. Sin embargo, si no me pueden ubicar, autorizo a que el distrito escolar procure la atención médica de urgencia que sea necesaria.  
¿Su hijo tiene cobertura de seguro médico?  sí  no  
Se recomienda que todos los alumnos tengan un seguro médico o un seguro estudiantil contra accidentes.  
 Puede obtener un seguro estudiantil contra accidentes mediante \_\_\_\_\_. Comuníquese con la oficina de la escuela para obtener mayor información.  
Nombre del médico preferido \_\_\_\_\_ Número telefónico (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nombre de compañía de seguros \_\_\_\_\_ No. de póliza \_\_\_\_\_

Esta actividad proporciona una experiencia de aprendizaje a los alumnos y les permite aplicar lo que han aprendido en la sala de clases. Si tiene preguntas o dudas sobre esta actividad, comuníquese con \_\_\_\_\_.

Aunque comprendo que el distrito escolar realizará todos los esfuerzos razonables por proporcionar un entorno seguro, estoy totalmente consciente sobre los peligros especiales y riesgos inherentes de participar en la actividad, incluyendo lesiones y/o la muerte. Con total conciencia de los riesgos, autorizo que (student) \_\_\_\_\_ participe en la actividad.

Nombre del padre/madre/apoderado \_\_\_\_\_ Teléfono diurno (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Dirección hogar \_\_\_\_\_ Teléfono nocturno (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono de emergencia (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/apoderado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

***La firma del padre/madre/apoderado indica su conocimiento y aprobación de la actividad antedicha. Este formulario debe devolverse a la escuela antes de que el alumno participe en la actividad.***