



PERMISO DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES ESTUDIANTILES & DE TRATAMIENTO MÉDICO

Carrollton Farmers Branch ISD está orgulloso de ofrecerles a los estudiantes la oportunidad de participar en _____ *[describe event, trip, or activity including the group, destination, and date of departure]*. Les suplicamos que lean y firmen este permiso como condición de participación en dicha actividad.

Yo, en calidad de _____ (padre/tutor) de _____, deseo que _____ (mi menor) participe en _____ *[describe the event, trip, or activity, including the group, destination, and date of departure]* y doy mi permiso para que _____ (mi menor o pupilo) participe y asista. Esta participación incluye viaje a, y de, la actividad. Comprendo que cualquier evento implica posible riesgo inherente de daño a mi hijo/a. Comprendo que esta excursión incluirá _____ *[describe what specific activities the trip will involve]*, lo cual podría crear riesgos relacionados con dicha actividad.

YO VOLUNTARIAMENTE RENUNCIO A TODA ACCIÓN, RECLAMO Y DEMANDA PARA, SOBRE, O POR RAZÓN DE CUALQUIER DAÑO O PÉRDIDA A PERSONAS O A PROPIEDAD QUE YO O MI HIJO/PUPILO PUDIÉRAMOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE SUFRIR EN EL CURSO DE, O COMO RESULTADO DE PARTICIPAR EN ESTE EVENTO, INCLUYENDO RECLAMOS O DEMANDAS DE CUALQUIER ORIGEN, INCLUYENDO AQUELLAS QUE PUDIERAN SURGIR A CAUSA DE LA NEGLIGENCIA DEL DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE CARROLLTON-FARMERS BRANCH, DE SUS FIDUCIARIOS, EMPLEADOS, REPRESENTANTES Y AGENTES, TANTO EN SUS CAPACIDADES OFICIALES COMO INDIVIDUALES, DE TODA CAUSA Y RECLAMO, YA SEA POR RAZÓN DE ACTO U OMISIÓN.

También tengo claro que como padre o tutor legal, se me hará responsable si mi hijo o pupilo causa daño físico a otros individuos, causa daños a la propiedad personal o de bienes, o mantiene una conducta tal que les da a esos individuos dañados el derecho de restitución. En caso de que terceras personas hagan un reclamo que resulte de las acciones de mi hijo/ pupilo durante la excursión, aquí mismo accedo a compensar y aquí mismo libero, absuelvo y para siempre eximo e indemnizo al Distrito Escolar Independiente de Carrollton-Farmers Branch, a sus fiduciarios, empleados y agentes, tanto en su capacidad oficial como individual, de cualquier reclamación.

Comprendo que esta renuncia me obliga a mí, a mis agentes designados, a mis representantes personales y a mis herederos. He leído y comprendo este *Permiso de Participación en Actividades Estudiantiles y de Tratamiento Médico* y lo he firmado voluntariamente y con pleno conocimiento de su significado, en valiosa consideración de la participación de mi hijo/ pupilo en el evento.

Firma de padre o tutor

de Tel durante el día

Fecha

Firma de estudiante (necesaria si es mayor de 18 años)

Fecha

volver la página →

Favor de marcar una o ambas cajas, según sea apropiado, y firmar:

Permiso para tratamiento médico

Yo autorizo a los patrocinadores de este evento, en nombre del Distrito Escolar Independiente de Carrollton-Farmers Branch, en caso de una emergencia médica durante este evento, a que accedan a tratamiento médico para mi hijo/a o pupilo, _____ (*nombre de menor*).

Permiso para dar medicamentos

Solicito que los patrocinadores de este evento den a mi hijo/a los medicamentos mencionados en este formulario. Reconozco que la escuela no toma por esto un deber en curso de dar drogas o medicina, o de supervisar o participar en que mi estudiante se auto-medique, todo lo cual seguirá siendo mi responsabilidad. Comprendo que la escuela no está legalmente obligada a almacenar o a dar medicina a estudiantes, y no lo hará, ni de forma temporal o en curso, a menos que haya un acuerdo especial. Antes que la escuela dé medicamento, Yo les proporcionaré dicho medicamento en su envase de farmacia original, con etiqueta con el nombre del/a menor y las indicaciones del médico en dicha etiqueta, y asimismo les daré un formulario de autorización por escrito y firmado por un médico que incluirá instrucciones.

Mi hijo/ pupilo es alérgico a:

Mi hijo/ pupilo sufre de las siguientes condiciones médicas especiales:

Mi hijo/ pupilo toma la siguiente medicina de receta:

En caso de no poderse comunicar conmigo si hay una emergencia, podrán llamar a los siguientes individuos:

Nombre (*letra de molde*)

Número de tel

Nombre (*letra de molde*)

Número de tel

LES SUPPLICAMOS TENGAN CLARO QUE ESTE DOCUMENTO TIENE CONSECUENCIAS JURÍDICAS IMPORTANTES INCLUYENDO UNA RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD POR DAÑO FÍSICO O A LA PROPIEDAD Y UN ACUERDO DE COMPENSAR A CARROLLTON-FARMERS BRANCH ISD POR CUALQUIER DEMANDA DECLARADA COMO RESULTADO DE TALES DAÑOS. SI HAY ALGUNA PREGUNTA TOCANTE AL EFECTO DE ESTA RENUNCIA, PUEDE USTED CONSULTAR A UN ABOGADO.