

Formulario de consentimiento para actividades USD N.º 500

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Escuela _____ Maestro: _____

Como padre, madre o tutor legal del estudiante mencionado, otorgo mi consentimiento y aprobación para que mi hijo (_____) participe en la siguiente actividad:

Nombre de la actividad: _____

Ubicación de la actividad: _____ Fecha de la actividad _____

Comprendo que el transporte será proporcionado por _____

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A:

1. _____ 2. _____

DIRECCIÓN: _____ DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ TELÉFONO: _____

EL MÉDICO DE NUESTRA FAMILIA ES: _____ TELÉFONO: _____

Además acepto liberar de responsabilidad al Distrito escolar unificado 500 de escuelas públicas de Kansas City en Kansas, y a sus funcionarios, agentes y empleados, por cualquier accidente, lesión, enfermedad o muerte, sufrido por el estudiante mencionado en relación con o mientras participa de la actividad mencionada.

En caso de enfermedad o lesión, otorgo por el presente mi consentimiento para la realización de radiografías, aplicación de anestesia, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico o dental, y atención hospitalaria por parte de un dentista, médico y/o cirujano licenciado según se considere conveniente para la seguridad y bienestar del estudiante. Se comprende que los gastos resultantes serán responsabilidad del padre, madre o tutor y no del Distrito escolar si fuera transportado en un vehículo propiedad de la escuela.

Nombre del padre/madre/tutor en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Teléfono: (casa) _____ Teléfono: (trabajo) _____ Teléfono: (celular) _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Comprendo que si tengo alguna pregunta debo contactar a: _____ al _____
(Nombre y cargo) (Teléfono)