

USD No 500 Activity Consent Form

Name of Student: _____ DOB: _____ Grade: _____
School: _____ Teacher: _____

As parent or legal guardian of the above student, I give my consent and approval for my child (_____) to participate in the following activity:

Name of Activity: _____
Location of Activity: _____ Date of Activity: _____

I understand Transportation will be provided by _____

IN CASE OF EMERGENCY NOTIFY:

1. _____	2. _____
ADDRESS: _____	ADDRESS _____
PHONE: _____	PHONE: _____
OUR FAMILY PHYSICIAN IS: _____	PHONE: _____

I further agree to release and hold harmless Kansas City Kansas Public School Unified School District 500, and its officers, agents and employees from liability for any accident, injury, illness or death, sustained by the above student in connection with or while participating in the above activity.

In event of any illness or injury, I hereby consent to whatever x-ray examination, anesthetic, medical surgical or dental diagnosis or treatment and hospital care from a licensed dentist, physician and/or surgeon as deemed necessary for the student(s) safety and welfare. It is understood that the resulting expenses will be the responsibility of the parent guardian and not the School District if transported in a school owned vehicle.

Print Parent/Guardian Name: _____

Address: _____

Phone: (H) _____ Phone: (W) _____ Phone: _____ (C)

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

I understand that if I have questions I should contact: _____ at _____
(Name & Title) (Phone)

Formulario de consentimiento para actividades USD N. 500

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

Esuela: _____ Maestro: _____

Como padre, madre o tutor legal del estudiante mencionado, otorgo mi consentimiento y aprobaci3n para que mi hijo (_____) participe en la siguiente actividad:

Nombre de la actividad: _____

Ubicaci3n de la actividad: _____ Fecha de la actividad _____

Comprendo que el transporte ser3 proporcionado por _____

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A:

1. _____ 2. _____

DIRECCI3N: _____ DIRECCI3N: _____

TEL3FONO: _____ TEL3FONO: _____

EL M3DICO DE NUESTRA FAMILY ES: _____ TEL3FONO: _____

Adem3s acepto liberar de responsabilidad al Distrioto escolar unificado 500 de escuelas p3blicas de Kansas City en Kansas, y a sus funcionarios, agentes y empleados, por cualquier accidente, lesion, enfermedad o muerte, sufrido por el estudiante mencionado en relaci3n con o mientras participa de la actividad mencionada.

En caso de enfermedad o lesion, otorgo por el presente mi consentimiento para la realizaci3n de radiografias, aplicaci3n de anestesia, diagn3stico o tratamiento medico, quir3rgico o dental, y atenci3n hospitalaria por parte de un dentist, medico y/o cirujano licenciado seg3n se considere conveniente para la seguridad y biensstar del estudiante. Se transportado en un vehiculo propiedad de la escuela..

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

Direcci3n: _____

Tel3fono (casa) _____ Tel3fono: (trabajo) _____ Tel3fono: _____ (cellular)

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

Comprendo que si tengo alguna pregunta debo contactar a:

(Nombre y cargo)

al _____

(Teléfono)

7/17/12