



# LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT REFERENCE GUIDE

## ATTACHMENT G

PERMISO POR PARTE DEL PADRE, LA MADRE, EL TUTOR O LA TUTORA PARA UNA EXCURSIÓN ESCOLAR  
Y AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MÉDICA - CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN DE VIAJE -

Al director o directora de la escuela \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ tiene mi permiso para participar en...

(Nombre y apellido del alumno: con letra de molde por favor)

Lugar de la excursión escolar: \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_

(Fecha)

Hora de salida: \_\_\_\_\_ A.M. / P.M. Hora de regreso: \_\_\_\_\_ A.M. / P.M.

Maestro(a) supervisor(a) (por favor, con letra de molde): \_\_\_\_\_

### ALMUERZO

- El alumno, o la alumna, **estará en la escuela durante el almuerzo.**  
 El alumno, o la alumna, **estará fuera del plantel durante el almuerzo.**

### MÉTODO DE TRANSPORTE

- El alumno, o la alumna, **camina.**  
 El alumno, o la alumna irá en  
vehículo privado.  
 El alumno, o la alumna irá en el  
autobús escolar.  
 Otro medio de transporte \_\_\_\_\_

### EL PADRE O LA MADRE DEBE MARCAR

#### UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

- Mi hijo(a) solicita un almuerzo de la cafetería.  
Enviaré el pago apropiado con base al derecho de comida de mi hijo(a)  
(gratuito, precio reducido, precio total).  
 Mi hijo **traerá un almuerzo en bolsa sin líquido.**

\_\_\_\_\_  
Firma de autorización del padre, la madre, el tutor o la tutora

\_\_\_\_\_  
Fecha

(LA INFORMACIÓN SERÁ LLENADA POR EL PADRE O LA MADRE, Y EL MAESTRO O MAESTRA QUE SUPERVISE LA RECOGERÁ)

#### AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Si fuera necesario que mi hijo(a) tuviera atención médica al participar en este viaje, por la presente doy permiso al personal del Distrito escolar para que use su discernimiento al obtener atención médica para mi hijo(a) y doy permiso para que el médico seleccionado por el personal del Distrito escolar brinde la atención médica que considere necesaria y apropiada. Entiendo que el Distrito escolar tiene un seguro complementario de accidentes para los alumnos por un mínimo de (\$1,500), para excursiones de sólo un día, las cuales son llevadas a cabo bajo la supervisión constante, directa e inmediata de las autoridades escolares designadas; y que las lesiones sufridas sin la supervisión escolar directa e inmediata no quedan incluidas. Entiendo, además, que para las excursiones donde la supervisión constante, directa e inmediata no sea posible, el Distrito requiere que los alumnos queden asegurados bajo una cobertura separada por <<un corto plazo de 24 horas>>.

Nombre y apellido del alumno: \_\_\_\_\_

Domicilio del hogar: \_\_\_\_\_

Número de teléfono en casa: \_\_\_\_\_

Número de teléfono en el trabajo: \_\_\_\_\_

Número de teléfono para emergencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma autorizada del padre, la madre, el tutor o la tutora

Nombre y apellido del padre, la madre, el tutor o la tutora  
(por favor con letra de imprenta)

Date: \_\_\_\_\_



POR FAVOR MARQUE CON UN X AQUÍ SI LAS INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA ESPECIAL DEL ALUMNO O ALUMNA ESTÁN EN EL EXPEDIENTE DE LA ESCUELA.

FORMULARIO 34-EH-17 REV. 8/05 STK No. 818901 125-89159-5 (INGLÉS/ESPAÑOL)

#### **PADRES DE FAMILIA, POR FAVOR NOTEN:**

El artículo 35330 del Código de Educación de California declara en parte:

"Se considerará que todas las personas que hagan la excursión han renunciado a todos los reclamos en contra del Distrito o el Estado de California por lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurran durante o por razón de la excursión o el viaje escolar."

Se puede comprar un seguro de accidente por una cuota diaria mínima a través de la escuela.

Esta institución es un entidad que proporciona oportunidades equitativas.