

**DISRITO ESCOLAR UNIFICADO DE FONTANA
FONTANA, CALIFORNIA
RENUNCIA Y AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA UN PASEO ESCOLAR/EVENTO**

Yo, _____ por este medio otorgo permiso para que mi hijo,
_____, participe en la siguiente actividad auspiciada por la escuela
que no se es requerida:

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

ACTIVIDAD: _____

LUGAR: _____

FECHA: _____ HORARIO DE: Salida _____ Regreso _____ Costo _____

MAESTRO:

Un Evento Día Múltiple Fuera del Estado Temporal (vea adjunto)

Estoy de acuerdo de que mi hijo cumplirá con todas las reglas y normas de conducta que gobiernan durante el paseo escolar/evento. Estoy de acuerdo de que si mi hijo determina faltar a las normas de conducta durante el paseo escolar/evento, no se le permitirá participar en paseos escolares/eventos futuros.

Estoy de acuerdo de permitirle a mi hijo participar en este paseo escolar/evento que no es requerido. En consideración de ofrecérsele la oportunidad de participación en este evento que no es requerido, de parte de mi hijo estoy de acuerdo por cualquier razón, incluyendo, pero no limitada a observación, uso de instalaciones o equipo o participación de cualquier manera, el aquí firmante reconoce, estar de acuerdo de que EL AQUÍ FIRMANTE LIBERA, RENUNCIA, EL CUMPLIMIENTO Y PACTOS A NO DEMANDAR AL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DEO FONTANA (mas adelante es referido como a "liberadores") de toda responsabilidad al firmante o a sus hijos por cualquier pérdida o daño, y por cualquier reclamo o demanda en cuanto a una lesión a la persona o propiedad o resultando en la muerte del firmante, en cuanto causado por negligencia de los liberadores o de cualquier propiedad o resultando en la muerte del firmante, en cuanto causado por negligencia de los liberadores o de cualquier manera, mientras el firmante está dentro de, arriba de, o sobre las instalaciones o establecimiento al respecto.

EL AQUÍ FIRMATNE ESTÁ DE ACUERDO DE INDEMNIZAR Y GUARDAR Y MANTENER INOFENSIVOS a los liberadores y cualquiera de ellos de cualquier pérdida, responsabilidad, daño o costo que ellos hayan incurrido debido a la presencia del firmante en, dentro o sobre las instalaciones del Distrito Escolar Unificado de Fontana o de cualquier manera observando o utilizando cualquier de las instalaciones o equipo del distrito escolar o de sus vendedores o agentes de cualquier manera causados por la negligencia de los liberadores o de cualquier otra forma.

EL AQUÍ FIRMANTE ASUME COMPLETA REPONSABILIDAD POR Y CON RIESGO DE LESIÓN DE LESIÓN FÍSICA, MUERTE O DAÑO DE PROPIEDAD debido a la negligencia de los liberadores o de otra manera mientras están en, dentro de o sobre las instalaciones del distrito escolar de sus vendedores o agentes y/o mientras utilizan cualquiera de las instalaciones o equipo aquí.

EL FIRMANTE además expresa estar de acuerdo con lo anterior de que en este caso el ACUERDO DE LIBERACIÓN, RENUNCIA E INDEMNIZACIÓN es con la intención de ser extenso y concreto como sea permitido por la ley del Estado de California y que si cualquier porción del mismo resulte no valido, sea acordado de que el balance deberá ser, no obstante, continua en fuerza total legal y en efecto.

EL AQUI FIRMANTE HA LEIDO Y VOLUNTARIAMENTE FIRMA EL ACUERDO DE LIBERACION Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD Y DE INDEMNIZACIÓN, y además está de acuerdo de que no se hayan hecho representaciones orales, declaraciones o alicientes aparte del acuerdo presente escrito.

Todas las personas participando en este paseo escolar o evento deberán ser consideradas haber renunciado a

todos los reclamos contra el Distrito o el Estado de California por lesiones, accidentes, enfermedades o muerte ocurridas durante o por razón del paseo escolar o evento. (Ed Code § 35330) dicha renuncia deberá extenderse a incluir a los oficiales del Distrito Escolar, empleados y agentes.

En caso de cualquier enfermedad o lesión, por este medio doy permiso para cualquier rayo-X, exanimación, anestesia diagnóstico quirúrgico o dental o medico o tratamiento y cuidado hospitalario de un medico certificado y/o cirujano como se requiera necesario por el médico certificado para mi seguridad y bienestar de mi hijo. Estoy de acuerdo de que los gastos que resulten serán mi responsabilidad como padre(s), /tutor(es) legal (es), o participantes. (Si en caso de que sea posible, se tratara de hacer contacto con el padre/tutor legal antes de un procedimiento medico o acción que se esté llevando a cabo, al menos de que un medico certificado determine que la acción medica deberá ser tomada sin el contacto con los padres.

Firma del Padre/Tutor Legal _____ Domicilio _____

Ciudad _____ No. de teléfono de casa _____ Fecha _____

Firma del estudiante (si es mayor de 18 años) Número del teléfono de la madre _____
Número del teléfono del padre _____

Seguro Medico de los padres _____ Numero de Póliza _____

EN CASO DE EMERGENCIA Y SIN PODER COMUNICARSE CON LAS PERSONAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE, POR FAVOR COMUNIQUESE CON:

Nombre _____ Domicilio _____ Teléfono _____

AVISO ESPECIAL A LOS PADRES:
(1) Todas las medicinas deben estar registradas en este formulario; (2) todas las medicinas, excepto, aquellas que tienen que permanecer con el estudiante para uso de emergencia, deberán mantenerse y deberán distribuirse por el personal, (3) marque aquí si hay cualquier necesidad especial del que el personal debe de estar consciente de y cualquier medicina requerida en el paseo escolar; si el estudiante necesita tomar cualquier medicina, por favor nómbrelas aquí _____

Si su hijo o hija necesita alguna adaptación razonable, por favor adjunte la descripción de la adaptación necesaria para su hijo. **AVISO: EL DISTRITO ESCOLAR NO TIENE SEGURO CONTRA ACCIDENTES PARA LOS ESTUDIANTES.**