

SCHOOL DISTRICT OF OKALOOSA COUNTY
RISK MANAGEMENT DEPARTMENT
ACTIVIDAD EDUCACIONAL DENTRO Y FUERA DEL CAMPO ESCOLAR

PARA: El Padre de Familia/Guardián

DE: El Director de la Escuela

AVISO PARA EL GUARDIAN NATURAL DEL MENOR

LEA TODA LA INFORMACION DE ESTA FORMA CUIDADOSAMENTE. FIRMANDO ESTE FORMULARIO USTED ESTÁ DE ACUERDO CON PERMITIR QUE SU HIJO(A) MENOR PARTICIPE EN UNA ACTIVIDAD POTENCIALMENTE PELIGROSA. USTED ACEPTA QUE, AUNQUE EL DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE OKALOOSA, SU CONSEJO ESCUELAR, SUS EMPLEADOS, AGENTES O ASIGNADOS UTILICEN UN CUIDADO RAZONABLE EN LA PRESTACIÓN DE ESTA ACTIVIDAD, EXISTE LA OPORTUNIDAD DE QUE SU HIJO(A) SE PUEDA LESIONAR SERIAMENTE O PUEDA SER ASESINADO AL PARTICIPAR DE ESTA ACTIVIDAD YA QUE EXISTEN CIERTOS PELIGROS INHERENTES A LA ACTIVIDAD QUE NO PUEDEN EVITARSE O ELIMINARSEN. FIRMANDO ESTE FORMULARIO USTED ESTA PERDIENDO LOS DERECHOS DE SU HIJO Y SUS DERECHOS DE DEMANDAR, LA JUNTA ESCOLAR, SUS EMPLEADOS, AGENTES O ASIGNADOS POR LESIONES PERSONALES, INCLUYENDO LA MUERTE DE SU HIJO O CUALQUIER DAÑO A LA PROPIEDAD PERSONAL COMO RESULTADO DE LOS RIESGOS QUE SON UNA PARTE NATURAL DE LA ACTIVIDAD. USTED TIENE EL DERECHO DE NEGARSE A FIRMAR ESTA FORMA Y EL DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE OKALOOSA, SUS EMPLEADOS, AGENTES O ASIGNADOS TIENEN EL DERECHO A NEGARSE A PERMITIR QUE SU HIJO(A) PARTICIPE DE LA ACTIVIDAD SI USTED NO FIRMA ESTE FORMULARIO.

Todos los estudiantes que participen en actividades patrocinadas por la escuela fuera de la propiedad de esta deberán llenar el formulario "ON/ Off-Campus actividad escolar" y deberá ser firmado por el padre o guardián del alumno. Este formulario deberá acompañar a los patrocinadores de la actividad y debe ser completado de la siguiente manera:

A. Actividades estudiantiles dentro del condado y fuera del campo de la escuela: Los padres de familia o el guardián responsable del alumno deberá completar la sección del formulario referente al permiso del padre para cada actividad. No es necesario que el formulario sea notariado para las actividades realizadas dentro del condado, dentro y fuera del campo de la escuela.

B. Actividades estudiantiles que requieren viajar fuera del-campo de la escuela/fuera-del-Condado: El padre de familia o guardián responsable deberá completar el formulario en su totalidad y deberá ser notariado para cada actividad que se vaya a realizar, a menos que el formulario haya cumplido anteriormente con los alineamientos de las actividades múltiples de fuera del campo de la escuela.

C. Actividades de la escuela que requieren múltiples viajes fuera del campo de la escuela/fuera del condado escolar: Los padres de familia o guardián debe completar el formulario en su totalidad y tener la forma notarizada. La finalización de la forma se puede usar para todas las actividades que se relacionen (ejemplo: viajes del grupo de banda programados para todo el año escolar).

PADRE DE FAMILIA/GUARDIAN RESPONSIBLE COMPLETE A, B, Y/O, C.

Su hijo(a) es elegible de participar en actividades patrocinadas por la escuela que requieren transporte a una locación retirada del campus. Esta actividad tomara lugar bajo los alineamientos y supervisión de los empleados de la escuela:

_____. En seguida describiremos abreviadamente la actividad:

Nombre del evento: _____ Destinación: _____
Supervisor Designado para la Actividad: _____
Fecha y Hora de Salida: _____ Fecha y Hora Anticipada de Regreso: _____
Costo para el estudiante _____ Método de transporte: _____

Si usted desea que su hijo(a) participe en esta actividad escolar, por favor complete, firme, y regrese la siguiente declaración de consentimiento para el: _____ (fecha). Como padre o guardián legal, Usted sigue siendo plenamente responsable por cualquier responsabilidad legal que pueda ser el resultado de cualquier acción personal tomada en nombre del estudiante.

PARTE I – CONCENTIMIENTO DE PERMISO, RECONOCIMIENTO DEL PADRE DE FAMILIA/GUARDIAN RESPONSABLE DEL ESTUDIANTE

Yo, _____ Por este medio testifico que concedo permiso a _____ (estudiante) de participar en la actividad de la escuela conociendo, y reconociendo que mi hijo(a)/pupilo sabe de los riesgos a los que se expone al participar de la actividad, entendemos que lesiones graves e incluso la muerte es posible al participar. Opto por aceptar cualquier y toda responsabilidad de su seguridad y bienestar durante la participación **de la actividad de la escuela**. Con pleno entendimiento de los riesgos que involucran la actividad, Yo doy consentimiento y exoneró la escuela de mi hijo, el Distrito Escolar del Condado de Okaloosa, su consejo escolar, sus oficiales, empleados, agentes o asignados por cualquier responsabilidad, responsabilidad total y obligaciones por lesiones personales, reclamaciones resultantes de la participación de la actividad. Estoy de acuerdo de no tomar ninguna acción legal contra el Distrito Escolar del Condado de Okaloosa, el consejo escolar, sus oficiales empleados, agentes o asignados, a causa de cualquier accidente o percance ocurrido de la participación de mi hijo(a)/pupilo.

Si su hijo(a) requiere que se le administre medicamentos durante esta actividad, por favor complete la siguiente información: Mencione cualquier medicamento necesitado durante esta actividad: _____. Los padres **deben** suministrar todos los medicamentos en su empaque original. Escriba todas las alergias del estudiante: _____. Si cualquier medicamento fue mencionado, el padre o guardián legal **debe** hablar con el empleado designado **antes** de la actividad. Ambos deben firmar esta forma. Si la forma no es complete debidamente, su hijo(a) **no tendrá permiso** de participar de la actividad.

Padre de familia/Guardián _____ Empleado _____

Por la presente doy mi consentimiento a mi hijo(a), _____, de participar en el evento descrito anteriormente. Yo entiendo que este evento se llevará a cabo lejos de los predios de la escuela y mi hijo(a) estará bajo la supervisión del empleado designado en las fechas indicadas. Yo también doy mi consentimiento a las condiciones mencionadas anteriormente sobre la participación en este evento, incluyendo el método de transporte y la información requerida sobre los medicamentos.

Por favor escriba claramente su nombre _____ Fecha _____ Firma _____

PARTE II – PADRE DE FAMILIA/GUARDIAN PERMISO PARA REALIZAR TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

En raras ocasiones determinadas emergencias requieren de hospitalización, cirugía, y/o desarrollo de otros tratamientos médicos. El supervisor designado para esta actividad tratará de ponerse en contacto con el padre de familia/guardián antes de dar consentimiento para tratamiento de emergencias. En algunos estados/países puede que a estudiantes menores de 21 años no se le administren anestésicos o operen sin un consentimiento por escrito por parte del padre de familia o guardián; por lo tanto, nosotros requerimos que el padre de familia/guardián firme la siguiente declaración. Esto es con el fin de prevenir un retraso peligroso en el caso de que una emergencia suceda y no podamos contactar los padres.

En caso de lesión y/o enfermedad a nuestro hijo(a)/pupilo, _____

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento _____ Dirección _____
Mes/Día/Año Calle Ciudad Estado Código Postal

Plan de seguro Médico y número del plan _____

Por medio de este documento autorizamos al principal del Distrito Escolar del Condado de Okaloosa y/o designado que sea empleado por el campo de la escuela del estudiante para que obtenga y de consentimiento a cualquier tratamiento médico que el representante considere necesario incluyendo la administración de anestésicos y cirugía. Soy consciente que exoneramos, liberamos al Distrito Escolar del Condado de Okaloosa, su escuela, su consejo escolar y el representante

Por favor escriba claramente su nombre _____ Fecha _____ Firma _____

Número de teléfono _____ Contacto de emergencia _____ Número telefónico de emergencia _____

HE LEIDO ESTO CUIDADOSAMENTE Y SE QUE CONTIENE UNA LIBERACION (Solamente se requiere una firma de padre/guardián)

Nombre del Padre/Guardián (imprimir) _____

Firma del Padre/Guardián _____

_____/_____/_____
Fecha

Nombre del padre/Guardián (imprimir) _____

Firma del Padre/Guardián Fecha _____

_____/_____/_____
Fecha

NOTARY REQUIRED FOR "B" And/Or "C"

**STATE OF FLORIDA
COUNTY OF OKALOOSA**

The foregoing instrument was acknowledged before me this _____ by _____
Date Name of Person Acknowledged

who is personally known to me or has produced _____
Type of Identification

as identification and who did/did not take an oath.

Signature of person Taking Acknowledgment Name of Acknowledger Typed, Printed or Stamped

TO BE COMPLETED AT THE OPTION OF THE SCHOOL FOR SECONDARY STUDENTS

Students Name: _____ Date _____

Last/First/Middle

I request to be released from the following classes to go to _____

TO BE COMPLETED BY THE TEACHERS

GOOD STANDING Absence Approved

YES NO PERIOD YES NO

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----|-------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

To be submitted to the sponsor in charge of this off-campus activity.