 Form IFCB-3

*Spanish*

**“BLANKET” PERMISSION TO PARTICIPATE**

**IN A SERIES OF SCHOOL SPONSORED FIELD TRIPS**

**PERMISO PARA PARTICIPAR EN UNA SERIE DE**

**PASEOS PATROCINADOS POR LA ESCUELA**

**Información del estudiante**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del estudiante: |  | Fecha de nacimiento: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dirección: |  | Número de teléfono de la casa: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| En caso de emergencia, notificar a: |  | Número de teléfono: |  |

**Información del seguro médico**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Compañía proveedora: |  | Número de póliza: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del asegurado: |  | Número del grupo: |  |

**Información médica**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Médico familiar: |  | Número de teléfono: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Inmunizaciones: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Necesita el estudiante tomar medicamentos? Yes No Si es así, ¿cuál es el nombre del medicamento? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Operaciones previas o enfermedades graves: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Condiciones médicas especiales: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Alergias?  Sí No Si es así, especifique alergia a que: Medicamento Comida Picaduras de insectos Otra | |  |
|  | |  |
| Por favor especifique: |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Restricciones alimenticias: |  |

**Renuncia**

Por medio de la presente solicito que permitan participar a (Nombre del estudiante-POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE): cualquier serie de paseos relacionados con una actividad o área de estudio particular tales como equipo atlético, banda, orquesta, coro. Entiendo que el Distrito Escolar del Condado de Cobb (El Distrito) puede o no proporcionar el transporte. En el caso que el Distrito no proporcione el transporte, el estudiante será responsable del mismo.

Se les dará por escrito a los padres toda la información detallada del paseo, incluyendo el destino, fecha, hora de partida, hora de llegada, propósito y supervisión por lo menos dos (2) semanas antes de cada serie de paseos.

El distrito tiene un plan de indemnización de conformidad con O.C.G.A. § 20-2-1090 que puede o no aplicar en relación con el viaje. Incluso si el plan cubre parte o la totalidad del viaje, los montos de cobertura puede que no cubran todas las lesiones. Entiendo que como padre tengo la opción de, y se me alienta a, comprar un seguro con cobertura, ya sea a través del seguro de accidentes que ofrece el distrito o mediante mi propia compañía de seguro.

Si el estudiante requiere cualquier procedimiento médico de emergencia o tratamiento durante el paseo, doy permiso para que el supervisor del paseo transporte, haga arreglos y apruebe los procedimientos o tratamiento a su discreción.

Estoy de acuerdo en liberar, indemnizar y declarar inofensivo al Distrito Escolar del Condado de Cobb (El Distrito), su Junta educativa, y sus empleados, agentes o asignados, así como también a los supervisores adultos del paseo previamente aprobados (Indemnizados del Distrito) y prometo no demandarlos por cualquier o todo reclamo, demandas, derechos, causas de acción, responsabilidades, pérdidas, daños, costos y gastos (incluyendo honorarios razonables de abogados), ya sea conocidos o desconocidos, que yo, el otro padre o tutor del estudiante mencionado arriba, o el mismo estudiante pueda tener o alegue tener en contra de los Indemnizados del Distrito o que pueda ser sacado en contra de los Indemnizados del Distrito originado en lo relacionado de alguna manera con la participación del estudiante en los paseos, incluyendo pero no limitado a los procedimientos médicos de emergencia o tratamiento prestados.

NOTA: Este formulario debe ser firmado por el estudiante si éste tiene 18 años de edad o más.

**Nombre del padre/tutor (LETRA DE MOLDE) Firma del padre/tutor Fecha**