

**CLOVIS UNIFIED
SCHOOL DISTRICT****INSTRUCCIÓN****Programa de Instrucción****EXCURSIONES PATROCINADO POR LA ESCUELA****FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN EN LA EXCURSIÓN VOLUNTARIA (ESPAÑOL)**

El formulario de participación en la excursión voluntaria (Spanish) se establece en las siguientes páginas y se utilizará de acuerdo con la Política de la Mesa Directiva Escolar y el Reglamento Administrativo No. 6153.

Adoptado: 03/24/2010

Modificado: 09/26/2011, 11/18/2021 (EXH 3204(1) renumerado como EXH 6153(1))



FORMA NO. 6153(1)

PARTICIPACIÓN EN EXCURSIÓN/VIAJE VOLUNTARIA

CONSENTIMIENTO, ASUNCIÓN DE RIESGO Y AUTORIZACIÓN PARA MÉDICA DE EMERGENCIA

(Esta forma debe ser completada para la participación en toda excursión conducida por CUSD)

1. DESCRIPCIÓN DE LA EXCURSIÓN (a completar en el sitio de la escuela)

La siguiente excursión voluntaria ha sido autorizada por (escuela): _____

Localidad Específica: _____

Descripción de la excursión/viaje: _____

Pasar La Noche: Sí No Fuera-del-Estado: Sí No

Día(s)/Fecha(s): _____ Salida: _____ AM/PM Regreso: _____ AM/PM

Persona en la escuela Encargada: _____ Posición: _____

ALMUERZO

- Estudiante estará en la escuela durante el almuerzo
 Participante deberá traer su propio almuerzo/bebida*
 Otro _____

METODO DE TRANSPORTACIÓN

- Caminar Vehículo Privado
 Autobús escolar Autobús (contrato)
 Avión (comercial) Otro _____

*Vea la Sección que cubre Autorización.

**Permiso del Padre/Guardián para el Transporte Estudiantil en Vehículo Privado Incluido.

Se recogerá una cuota (que cubre los costos directos) en la cantidad de \$ _____.

El participante se puede exponer a las siguientes actividades de alto riesgo durante este viaje/actividad:

2. AUTORIZACIÓN Y EXENCION (para ser completado y firmado por el padre / tutor si el participante es un estudiante menor de edad, o el estudiante adulto o voluntario / acompañante; Por favor, devuelva este formulario a la persona a cargo de la escuela que figura en el punto numero 1 escrito anteriormente)

Nombre del Participante: _____

- Estudiante Menor Estudiante Adulto Voluntario/Acompañante

a. Si corresponde, marque cada uno a continuación:

- ALMUERZO: Necesito que Campus Catering proporcione una bolsa de almuerzo para el participante mencionado anteriormente. (A los estudiantes se les cobrará de acuerdo con su estado en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares. A otros participantes se les cobrará el importe total).
 VOLUNTARIO ADULTO/ACOMPÑANTE: Deseo ser voluntario como acompañante y entiendo que debo completar, firmar y enviar la Prueba No. 1240 - Formulario de solicitud de voluntariado y cumplir con los requisitos establecidos en la Política de la Junta y el Reglamento Administrativo No. 1240 - Asistencia voluntaria.

b. Al firmar a continuación, reconozco que he tenido la oportunidad de revisar y aceptar lo siguiente:

- (1) **AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN LA EXCURSIÓN:** Si el participante es menor de edad, declaro que soy el padre/tutor del participante mencionado anteriormente y por la presente autorizo su participación en la excursión mencionada en el punto numero 1 escrito anteriormente). Si el participante es un adulto, por la presente acepto voluntariamente participar en la excursión mencionada anteriormente.
- (2) **TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA:** En caso de enfermedad o lesión a mí mismo (si el participante es un adulto) o a mi hijo (si el participante es menor de edad), por la presente doy mi consentimiento para cualquier examen de rayos X, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico, quirúrgico o dental y atención hospitalaria y transporte que se considere necesario según el mejor juicio del médico, cirujano o dentista tratante y realizado bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o instalación que proporciona servicios médicos. o servicios dentales. Además, reconozco que el Distrito no proporciona cobertura médica para los participantes en esta excursión. Entiendo que los gastos resultantes por enfermedad o lesión serán responsabilidad del participante.

ESTUDIANTE – ADULTO Y MENOR: Instrucciones especiales con respecto al tratamiento médico de emergencia para el participante mencionado anteriormente, si él / ella es un estudiante del Distrito,

ACOMPAÑANTE /VOLUNTARIOS: Instrucciones médicas especiales, si las hubiera:

- (3) **CUMPLIMIENTO DE POLÍTICAS Y REGULACIONES:** Entiendo completamente y estoy de acuerdo en que los participantes deben cumplir con todas las políticas de la junta de distrito, regulaciones administrativas y reglas y regulaciones que rigen la conducta.
- (4) **ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO:** Reconozco que aunque la excursión puede no considerarse una actividad de alto riesgo, los participantes pueden estar expuestos a la(s) actividad(es) de alto riesgo enumerada(s) anteriormente durante la excursión mencionada anteriormente. Asumo voluntariamente tales riesgos en mi nombre (si el participante es un adulto) o en el de mi hijo (si el participante es menor de edad).
- (5) **EXENCION:** Según lo dispuesto en la Sección 35330 del Código de Educación, acepto renunciar a todas las reclamaciones en mi nombre (si el participante es un adulto) o mi hijo (si el participante es menor de edad) contra el Distrito y eximir de responsabilidad al Distrito y su junta directiva y sus miembros, funcionarios, empleados, voluntarios y agentes por cualquier lesión, accidente, enfermedad, o muerte ocurrida durante o debido a la excursión mencionada anteriormente. Esta exención no se aplicará a ninguna lesión, accidente, enfermedad o muerte causada únicamente por la negligencia del Distrito o su junta directiva o miembros de la misma, funcionarios, empleados, voluntarios o agentes.

Firma: _____ Fecha _____

Nombre de impresión: _____

Seguro médico (es decir, Blue Cross, Kaiser) _____ NO. De Política _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación con el participante: _____

teléfono: _____ Otro teléfono: _____

Nombre: _____ Relación con el participante: _____

teléfono: _____ Otro teléfono: _____