COBB COUNTY SCHOOL DISTRICT

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**