

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE CONROE (CISD)

CRYAR INTERMEDIATE SCHOOL

Permiso de los padres para excursiones escolares (*Field trip*)

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ No. del alumno \_\_\_\_\_  
Nombre(s) de los padres o tutores legales: \_\_\_\_\_  
Número de contacto de los padres o tutores legales: \_\_\_\_\_

**Lugar:** Peet Junior High School

**Fecha/Hora:** jueves, 18 de mayo de 2023 a las 9:15 am

**Organización:** Los estudiantes saldrán del campus de Cryar a las 9:15 am. Un autobús escolar de CISD transportará a los estudiantes a Peet Junior High School para su examen físico previo a la participación en UIL. El autobús escolar regresará al campus de Cryar cuando todos los estudiantes de Cryar hayan completado su examen físico.

**PERMISO DE LOS PADRES Y DESLINDE DE RESPONSABILIDADES:** Autorizo que mi hijo participe en la excursión descrita con anterioridad. Por este conducto deslindo a CISD, su Consejo de Administración, empleados, representantes y voluntarios de cualquier reclamación o motivo, negligencia inclusive, que resulte de daños o perjuicios a mi hijo o sus padres o tutores legales o familiares, que surja o resulte de la participación de mi hijo en esta excursión escolar, incluyendo la transportación de y hacia la actividad. Asimismo, autorizo y estoy de acuerdo en que un doctor, enfermera, hospital o representante del Distrito apliquen a mi hijo tratamiento y cuidados médicos inmediatos en caso de que mi hijo sufra alguna lesión o padecimiento. Por este medio, estoy de acuerdo en deslindar al Distrito y cualquiera de sus representantes de cualquier reclamación por parte de terceros respecto de de tales cuidados o tratamiento aplicado a mi hijo.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

**Información del seguro y contacto de emergencia:**

Mi hijo está cubierto con la póliza de seguro de:

Padre  Madre  Ninguno

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora \_\_\_\_\_

Domicilio de la aseguradora \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la aseguradora \_\_\_\_\_

Número del grupo \_\_\_\_\_

Número de identificación \_\_\_\_\_

Anote aquí medicamentos y alergias a alimentos \_\_\_\_\_

Anote aquí otras condiciones médicas \_\_\_\_\_

Anote cuáles medicamentos lleva el alumno \_\_\_\_\_

Contacto(s) de emergencia – Madre: \_\_\_\_\_

– Padre: \_\_\_\_\_