Blessed Trinity Catholic School

Viaje de Estudio

Forma para el consentimiento de los padres o tutor y acuerdo de indemnización

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
Nombre de los padres/tutor: _____
Dirección de la casa: _____
Teléfono de la casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
Fecha del evento:_____ Tipo de evento: _____
Destino: _____
Persona(s) encargada(s): _____
Tiempo estimado de salida: _____
Tiempo estimado de regreso: _____
Forma de transporte para ir y volver del evento: _____
El estudiante debe traer: _____
¿Desean los padres acompañar? ___ Sí. (en caso afirmativo, ¿cuántos? ___)
___ No disponible en este momento.
___ Llámeme sólo si es necesario.

*El profesor del aula regular de su niño lo llamará para confirmar que usted es necesitado para ser un acompañante. Todos los acompañantes necesitan un estudio de antecedentes. Llame a Javier Saldaña (651 278 6415) si usted no ha diligenciado la autorización para el estudio de sus antecedentes.

Costo por estudiante: _____ Costo por acompañante: _____
Esta autorización y el dinero (si es solicitado) se esperan el: _____

Yo, _____ autorizo la participación de _____
(Padres o Tutor) (Nombre del niño)
en la actividad mencionada arriba, y garantizo que el niño goza de buena salud. En consideración a la participación del niño, yo acepto indemnizar a la escuela de la parroquia y la Arquidiósesis de Saint Paul/Minneapolis por cualquier petición o demanda legal presentada en contra de la parroquia/escuela/Arquidiósesis de Saint Paul/ Minneapolis por mí mismo, mi hijo u otros, que surja de la conducta de mi hijo en el evento/actividad descrito arriba. También acuerdo pagar honorarios razonables de abogado o los costos incurridos por la parroquia/escuela y la Arquidiósesis en la constestación de una petición o demanda legal semejate.

TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA: En el caso de una emergencia, yo doy autorización para transportar mi hijo a un hospital para tratamiento médico de emergencia. Yo deseo ser aconsejado con aticipación a cualquier tratamiento posterior por un doctor u hospital. En el caso de una emergencia, si ustedes no pueden contactarme en el número de arriba, contacten a: _____, _____
(Nombre) (Teléfono)

INFORMACION MEDICA OPCIONAL:
Actualmente mi hijo esta tomando: _____
Número del Plan de Salud Familiar: _____
Médico de la familia: _____ Número telefónico _____

Como padres o tutor, yo acepto las condiciones y consideraciones establecidas arriba.

_____ _____
(Firma) (Fecha)