

EL DISTRITO UNIFICADO DE CHICO
1163 East Seventh Street
Chico, California 95928
(530) _____

PERMISO DE PADRES PARA EXCURSION DE LA ESCUELA Y TRATAMIENTO MEDICO

Por favor, llene la parte de arriba y abajo de esta forma. Escuela Chico Junior High

(Nombre de estudiante) _____ tiene la oportunidad a participar en una actividad de la escuela que va a ser fuera de la escuela. Si usted está de acuerdo con los arreglos, por favor firme abajo y devuelva esta forma al supervisor de esta actividad.

Tipo de actividad Intersession en Junio para Actividades fuera de la escuela

Destino Funland Cal Skate, Sunset Hills Golf Course, Tinseltown Movie Theater, Orchard Lanes Bowling, Bidwell Mansion, Downtown Chico, Bidwell Park

Fecha el 11 de Junio 2018 Hora de partida 8:30 am Hora/Fecha de regreso el 29 de Junio 2018 12:00pm

Supervisor de la actividad: Kalyn Quok, Jorge Salas, Aurora Soto

Modo de transportación: (Supervisor, por favor marque)

A. Por ómnibus del distrito: Cameon de Escuela

B. Por ómnibus (Nombre de la compañía): _____

C. Otro (especifique): _____

Yo entiendo el tipo de actividad en que mi hijo(a) va a participar y se espera que él(ella) va a obedecer todas las reglas de la escuela durante esta actividad.

Yo entiendo que según el codo de educación 44808, el distrito es obligado y responsable por la conducta y la seguridad de mi hijo(a) solamente cuando está bajo la supervisión directa del empleado del distrito.

Yo le doy permiso a mi hijo(a) a participar en la actividad nombrada arriba.

También estoy de acuerdo que en el evento de un accidente, enfermedad u otras circunstancias que se requiere atención médica, este tratamiento puede obtener para mi hijo(a) sin obligación monetaria al distrito.

Fecha _____ Firma de Padre/Guardián _____

INFORMACION MEDICA QUE EL SUPERVISOR DE LA ACTIVIDAD DEBE SABER _____

NUMEROS DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA _____

EL(LA) ACOMPAÑADOR(A) DEBE GUARDAR ESTA FORMA DURANTE LA ACTIVIDAD

(THIS FORM SHOULD BE KEPT BY THE CHAPERONE DURING THE ACTIVITY)

(Por favor, llene lo de abajo)

AUTORIZACION PARA TRATAR A UN MENOR DE ADAD

Yo(Nosotros) los padres que firman abajo o guardianes legales de _____, un menor de edad, aquí autorizamos y damos permiso a que tomen radiografías, exámenes, darle anestésico, diagnósticos médicos y quirúrgicos, tratamiento y cuidado de emergencia en hospital si es recomendable y administrado por miembros del hospital que sean licenciados bajo las provisiones de la acta de medicina y que sean miembros del hospital quienes tengan licencias válidas para operar un hospital del Departamento de Salud del Estado de California. Es entendido que harán esfuerzos de notificar a los firmantes antes de tratar al paciente pero el tratamiento necesario se les dará aunque los firmantes no se encuentren. Esta autorización es dada bajo las proviciones de la ley civil de California 25.8

Fecha _____ Firma de _____

Padre y/o Madre, o Guardián

Alergia a drogas o comidas _____

Fecha de la última vacuna de Tétano _____



Sun	Mon	Tue	Wed	Thu	Fri	Sat
					1	2
3	4	5	6	7 Last Day of School	8	9
10	11 First Day of Camp Cal Skate 9-11	12 Ron's Reptiles 9-10	13 Sunset Hills Foot Golf 9-11	14 Tie Dye Day	15 Lower Park Hike	16
17	18 Soccer/Arts and Crafts	19 Corn hole Tournament	20 Bike Ride with Mr. Mota, Collins and Tadeo. Bring your bike & helmet!	21 Cooking with Ms. Caplan	22 Movie Party— walk to 711	23
24	25 Orchard Lanes Bowling 9-11	26 Gardening with Ms. Caplan	27 Paint Nite 8:30-9:45	28 Bidwell Mansion 9-11	29 Last Day of Camp Summer Camp Olympics!	

Summer Camp Tentative Activity Schedule