



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE WASHINGTON

7950 South Elm Avenue • Fresno, CA 93706 • Teléfono: (559) 495-5600

FORMA DE PERMISO DE EXCURSION/RESPONSABILIDAD

Escuela Primaria de American Unión

Escuela Primaria de West Fresno

Escuela Middle School West Fresno

Escuela Secundaria de Washington Unión

Estimado padre/tutor,

Su hijo/a participará en _____

Sitio: _____

Fecha de viaje: _____ Costo para estudiante: _____

Tiempo de inicio: _____ AM PM Tiempo de finalización: _____ AM PM

ALUMERZO

Almuerzo en la escuela

Almuerzo de casa

El almuerzo se será proveído por la escuela

Otro: _____

MÉTODO DE TRANSPORTE

Autobús escolar

A pie

Auto privado

Otro: _____

El siguiente personal será responsable de supervisión:

1. _____

3. _____

2. _____

4. _____

Esperamos que su hijo/a participe. Si usted tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con la escuela de su hijo/a: Escuela Primaria de American Unión 495-5650, Escuela Primaria de West Fresno 495-5615, Escuela Secundaria de West Fresno 495-5607, Escuela Preparatoria de Washington Unión 485-8805.

POR FAVOR MANTENGA LA PARTE DE ARRIBA PARA SU INFORMACIÓN

DEVOLVER LA PARTE DE BAJO A LA ESCUELA

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE WASHINGTON

FORMA DE PERMISO DE EXCURSION/RESPONSABILIDAD

Escuela Primaria de American Unión

Escuela Primaria de West Fresno

Escuela Middle School West Fresno

Escuela Secundaria de Washington Unión

Nombre del Estudiante: _____ Nombre del Maestro: _____

Yo doy permiso a mi hijo/a que participe en: _____ En la fecha de: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

1. Nombre del padre/tutor _____

2. Padre/guardián Números del teléfono Casa (____) _____ Celular (____) _____ Trabajo (____) _____

3. En caso que los padres no se pueden ser contactados, contactar a _____ Relación _____ Teléfono (____) _____

4. Seguro médico del niño _____ Póliza _____

5. Nombre del médico _____ Teléfono (____) _____

6. Si es aplicable, complete lo siguiente:

a. Mi hijo/a tiene el siguiente programa medico _____

b. Mi hijo/a toma los siguientes medicamentos con regularidad _____

c. Mi hijo/a tiene las siguientes alergias _____

Se me ha aconsejado sobre el Código Sección 35330 del Estado de California de Educación, cual indica en parte: "Toda personas haciendo el viaje de estudio o la excursión debe ser juzgado/a de haber renunciado a todos los reclamos contra el Distrito del Estado de California para heridas, accidentes, enfermedades o muerte ocurrido por razones de viaje de estudio o excursión."

Firma de padre/tutor: _____ Fecha: _____

WASHINGTON UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Field Trip Permission/Responsibility Form

FOR SECONDARY SCHOOLS ONLY

TEACHER NOTIFICATION OF ACTIVITY

Field Trip Destination: _____ Date of Trip: _____ Starting Time: _____ Ending Time: _____

Name of School Group: _____ School Group Staff Name: _____

Period	Course/Class Name	Teacher's Signature	Approve	Disapprove	Comments
<u>1.</u>					
<u>2.</u>					
<u>3.</u>					
<u>4.</u>					
<u>5.</u>					
<u>6.</u>					
<u>7.</u>					

_____ Not Applicable for this Field Trip _____
(Field Trip Sponsor's Signature)