

## INFORMACION Y PERMISO PARA VIAJES DE ESTUDIOS DEL CONDADO DE GUILFORD

ESCUELA: **Doris Henderson Newcomers School**

Se ha planificado una actividad que servirá de experiencia enriquecedora para los estudiantes que participen. La actividad servirá como seguimiento o enriquecimiento de una parte del programa de instrucción planificado ya regularmente. Estudiantes no serán permitidos ir al viaje sin el permiso escrito de los padres. El sistema escolar es responsable de los estudiantes según las leyes de Carolina de Norte. En caso de un accidente, se buscará asistencia médica inmediatamente. Los padres serán contactados y los gastos médicos serán asignados a los padres o guardianes. El comportamiento de nuestros estudiantes durante la actividad y el viaje es de importancia crítica. Esperamos siempre que los estudiantes se comporten de la mejor manera. Desafortunadamente, un comportamiento inapropiado puede resultar en medidas disciplinarias, incluyendo en casos extremos ser enviado de vuelta a la casa separadamente, asumiendo los padres con los gastos. Los siguientes detalles son proporcionados para su información

DESTINO: \_\_\_\_\_

MAESTROS SUPERVISORES: \_\_\_\_\_

FECHA DEL VIAJE: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

REGESO A LA ESCUELA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

METODO DE TRANSPORTACION: **School Bus**

OTRO: **none**

DINERO NECESARIO: **none** ADMISION, ETC.)

ARREGLO PARA COMIDAS: **School Lunch**

PADRES: Por favor retenga la parte de arriba de este formulario para su referencia e información.  
(Complete la información abajo, corte el formulario y devuelva la parte de abajo a la escuela para el día \_\_\_\_\_)

---

### PERMISO DE LOS PADRES PARA VIAJES DE ESTUDIOS

Destino: \_\_\_\_\_

Maestro: \_\_\_\_\_

Certifico que (nombre del estudiante) \_\_\_\_\_ tiene permiso de participar del viaje de estudios de acuerdo a las reglas y provisiones indicadas arriba. En caso de accidente o de una emergencia médica, autorizo a los maestros que estén supervisando a que busquen asistencia médica, asumiendo yo con la responsabilidad de todos los gastos.

Autorizo lo siguiente en relación de la toma de medicinas. Ponga sus iniciales donde aplique.

\_\_\_\_ Ninguna a ser tomada.

\_\_\_\_ Autorizo de acuerdo con el formulario "Autorización para la toma de medicinas por un estudiante en la escuela"

\_\_\_\_ Autorizo de acuerdo con el formulario especial adjunto (complete el formulario "Autorización para la toma de medicinas por un estudiante en la escuela" que se encuentra en el procedimiento JGCD-P para incluir medicinas que el estudiante no toma durante el día normal en la escuela pero debe tomar durante el viaje)

Firma De Padres: \_\_\_\_\_

Número De Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Número de la Póliza: \_\_\_\_\_

Si los padres no pueden ser contactados durante una emergencia contacten:

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_