

AUTORIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS

Yo entiendo que la participación mía/de mi hijo en esta excursión es voluntaria y puede exponer me /exponer a mi hijo a algún(os) riesgo(s). He leído y entiendo la descripción de la excursión (en la parte frontal de este formulario) y me autorizo / autorizo a mi hijo a participar en el componente planificado de esta excursión.

Asumo responsabilidad completa por cualquier riesgo o daño a propiedad personal que surja relacionada con la participación mía/de mi hijo en esta excursión, incluyendo cualquier acto de negligencia o de otra manera desde el momento en que mi hijo está bajo la supervisión de BPS y durante toda la duración del viaje. También estoy de acuerdo en indemnizar y mantener salvo de toda culpa a BPS y a cualquier otro individuo y otras organizaciones relacionadas con BPS en esta excursión de cualquier reclamo o responsabilidad que surja de la participación mía/ de mi hijo en esta excursión.

También entiendo que la participación en la excursión envuelve actividades fuera de la propiedad escolar, por lo tanto, ni las Escuelas Públicas de Boston, ni sus empleados ni voluntarios, tendrán la responsabilidad de la condición y el uso de cualquier propiedad fuera de la escuela.

Yo entiendo que BPS no es responsable de la supervisión mía/de mi hijo en ese período de tiempo en el que yo/mi hijo puede estar ausente de una actividad supervisada por BPS. Tales ocasiones se observan en la sección titulada "Supervisión" de este acuerdo.

AUTORIZACIÓN MÉDICA

Yo certifico que me encuentro/mi hijo se encuentra en buen estado de salud física y mental y que no tengo/mi hijo no tiene condiciones físicas o médicas especiales que impidan la participación en esta excursión.

Estoy de acuerdo en revelar a BPS los medicamentos (incluyendo sin receta/hierbas naturales) y/o recetas que yo debo/ mi hijo debe tomar en cualquier momento durante la duración de la excursión.

En el evento de alguna enfermedad o lesión seria a mi hijo/protegido, doy consentimiento con mi firma a la administración de cuidado médico de emergencia, si en la opinión del personal médico asistiendo, tal acción es recomendable. Asimismo, autorizo cuando sea necesario, a los chaperones nombrados a actuar en mi representación como padre/encargado de mi hijo/protegido mientras esté participando en la excursión descrita arriba, incluyendo el ser admitido y dado de alta de una instalación de emergencia médica.

_____ Mi hijo **NO** requiere medicamentos durante esta excursión.

_____ Mi hijo **SÍ** requiere medicamentos durante esta excursión autorizada. **Si usted marcó sí**, por favor describa en el espacio de abajo el tipo de medicamento y la administración necesaria para este medicamento. Si el medicamento es tomado solo cuando es necesario, especifique los síntomas o condiciones de cuándo el medicamento debe ser tomado y el tiempo en que debe ser administrado nuevamente. Si es necesario, adjunte otra hoja.

FIRMAS

Si el solicitante tiene por lo menos 18 años de edad, la siguiente declaración debe ser leída y firmada por el estudiante:

Certifico que tengo por lo menos 18 años de edad, que he leído y entiendo el Acuerdo de arriba, y que acepto y me registraré por sus términos y condiciones.

Firma del estudiante

Fecha

Si el solicitante es menor de 18 años de edad, la siguiente declaración debe ser leída y firmada por el padre o encargado legal del estudiante:
Certifico que soy el padre o encargado legal del solicitante, que he leído y que entiendo el acuerdo de arriba, y que acepto y me registraré por sus términos y condiciones en mi representación y la representación del estudiante.

Doy permiso para que: _____ participe en todos los aspectos de esta excursión.
(estudiante)

Firma/s del/los padres/encargado legal

Fecha

El estudiante, si tiene por lo menos 18 años de edad, o el padre/encargado legal debe completar la información de abajo:

Nombre/s y apellido/s de los padres/encargado legal: _____

Dirección: _____

Teléfono: (Celular) _____ (Hogar) _____ (Trabajo) _____

Nombre y apellido del contacto de emergencia (además de los padres/encargado legal): _____

Relación con el estudiante: _____

Teléfono del contacto de emergencia: _____