



Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks

Permiso de los padres para participar en actividades escolares

Con transporte del Distrito Sin transporte del Distrito

Nombre completo del estudiante

Escuela

Grado

Nombre del padre/tutor legal

() -
Teléfono primario

() -
Teléfono secundario

Contacto de emergencia secundario

() -
Teléfono primario

() -
Teléfono secundario

ACTIVIDAD: _____

PERMISO DE LOS PADRES: Para que su hijo pueda participar en esta actividad patrocinada por la escuela, se requiere tener el siguiente permiso firmado por los padres. La seguridad de los estudiantes es de suma prioridad; sin embargo, bajo las leyes estatales, el distrito escolar no es responsable por gastos médicos u otros gastos asociados a la lesión de un estudiante, a menos que la lesión ocurriese como resultado de la operación negligente de un vehículo del Distrito por un empleado. Al llenar y enviar este formulario, usted autoriza a su hijo a participar en el evento descrito anteriormente y reconoce ser responsable por todo gasto médico asociado con toda lesión que el estudiante pueda sufrir durante la actividad, excepto según declarado arriba. Se requiere también que los estudiantes usen el transporte provisto por el Distrito, a menos que el director de la escuela o su representante hayan autorizado específicamente al estudiante para llegar o salir por separado, y que el padre o tutor legal haya llenado los permisos escritos adicionales. El Distrito no será responsable por ninguna acción, lesión o daño que pueda ocurrirle a los estudiantes que viajen en vehículos no provistos por el Distrito.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS BAJO RECETA MÉDICA: Los medicamentos con receta administrados por la enfermera de la escuela durante el día escolar regular serán transportados/administrados por los patrocinadores del paseo durante la actividad que se lleve a cabo dentro del horario escolar regular.

_____/_____/20_____
Firma del padre/tutor legal Fecha



Llene esta sección SOLAMENTE si su hijo requiere la administración de un medicamento bajo receta médica durante una actividad cuyo horario se **extienda más allá del día escolar regular**. En la tabla a continuación, liste los medicamentos que usted autoriza administrar a los miembros del personal de CFISD. Los patrocinadores del paseo proporcionarán instrucciones a los padres/tutores legales para que traigan los medicamentos antes del evento. De acuerdo con la norma FFAC (LOCAL) de la Junta de CFISD, los medicamentos deben entregarse en su envase original (con la etiqueta a nombre del estudiante) y los estudiantes tienen prohibido transportar medicamentos de la casa a la escuela y viceversa o de la casa a eventos patrocinados por la escuela/el distrito.

Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Hora

_____/_____/20_____
Firma del padre/tutor legal Fecha



**Paseo de Bellas Artes
Escuela Secundaria**

Nombre del estudiante

Escuela

Grado

Proporcione una copia de la tarjeta de seguro actual del estudiante.

Nombre de la Compañía de Seguro

Número de identificación

Número de Grupo

En caso de emergencia, los empleados de CFISD deben tener conocimiento de las condiciones médicas de su hijo para proporcionar el cuidado adecuado. A continuación, sírvase listar las condiciones médicas y los medicamentos que toma regularmente su hijo.

- Asma Diabetes Trastorno convulsivo Alergias alimentarias graves: _____
- Medicamentos diarios o en caso de emergencia: _____
- Información adicional: _____
- _____

Permiso para administrar medicamentos sin receta médica provistos por el distrito

Por la presente autorizo la administración de los siguientes medicamentos sin receta médica provistos por el distrito a mi hijo por empleados asignados del distrito. Encierre su respuesta 'Sí' o 'No' en la última columna.

Síntomas	Medicamento	Nombre de marca	Encierre en un círculo
Reacción alérgica	Diphenhydramine	Benadryl	Sí o No
Dolor leve/fiebre	Ibuprofen	Addaprin, Motrin	Sí o No
Dolor leve/fiebre	Acetaminophen	Tylenol	Sí o No
Dolor abdominal leve/acidez náuseas	Calcium Carbonate Chews	Tums, Maalox	Sí o No

Firma del padre/tutor legal

_____/_____/20

Registro de medicamentos (Para uso de personal de CFISD solamente)

Fecha: (Mes/Día)	Hora	Signos y Síntomas	Medicamento administrado	Iniciales
/				
/				
/				
/				
/				
/				