

# FORMA DEL CHAPERÓN



## INFORMACIÓN DE LA EXCURSIÓN

Escuela:	Lugar de Destino:	Fecha de la Excursión:
Grupo:	Duración: <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Noche	Asesor:
Actividad/Propósito:		
Salida: Fecha:                      Hora:	Regreso: Fecha:                      Hora:	Transportación: Vehículo Escolar: Otro:

## INFORMACIÓN DEL CHAPERÓN

Nombre:	Empleados de TUSD: <input type="checkbox"/> Certificados de TUSD <input type="checkbox"/> Clasificados de TUSD <input type="checkbox"/> No es un empleado de TUSD
Domicilio:	
Ciudad/Código Postal:	Teléfono: Hogar (    )                      Trabajo: (    )
Nombre del Padre/Madre/Tutor:	
Compañía del Seguro Medico:	No. de Póliza:
Alergias/Medicamentos/Condición Médica: Si se tiene alguna instrucción especial, favor de anexar una hoja con la información y seleccionar las secciones apropiadas.	<input type="checkbox"/> Instrucciones anexas <input type="checkbox"/> No Instrucciones anexas

## CONTACTO DEL CHAPERÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre:	Parentesco:
Domicilio:	
Ciudad/Código Postal:	Teléfono: Hogar (    )                      Trabajo: (    )

## RESPONSABILIDADES DE CHAPERÓN

El director/persona encargada ha explicado con detalles el propósito de la excursión especificada o evento competitivo al cual yo soy el chaperón designado. El director/persona designada me ha informado claramente acerca de mis deberes y responsabilidades como chaperón. El director/persona designada me ha entregado una copia de las Regulaciones administrativas de las excursiones/viajes (6174), las cuales he leído y entiendo. Como chaperón designado, estoy de acuerdo en asumir mis deberes tal y como se describen por el director/persona designada y asumir todos los requerimientos de supervisión tal y como se describen en la Regulación 6174. Entiendo que no puedo consumir bebidas alcohólicas o consumir sustancias controladas mientras me encuentre en esta excursión.

## LIBERAR DE RESPONSABILIDAD

Tal y como lo proporciona el Código Educacional de California, Sección 35330, el padre/madre/tutor libera de toda culpa al Estado de California o al Distrito Escolar Unificado de Tustin, sus funcionarios, empleados y agentes, por lesión, accidente, enfermedad, o muerte ocurrida durante o por motivos de la excursión.

## AUTORIZACIÓN MÉDICA

En el dado caso de una enfermedad o lesión, el padre/madre/tutor, mediante la presente, otorga su consentimiento a recibir cualquier rayos x, examen, anestesia, diagnosis y/o tratamiento medico, dental, y quirúrgico, y cuidado de hospital por parte de un medio y/o cirujano acreditado según se crea necesario por la seguridad y bienestar del estudiante. Se entiende que los gastos que resulten serán la responsabilidad del padre/madre/tutor y la escuela o distrito no proporciona cobertura médica para los participantes en esta actividad.

**Mi firma a continuación indica que he sido informado de mis responsabilidades como chaperón, y estoy de acuerdo con las Autorizaciones de Liberar de Culpa y Servicios Médicos.**

Firma

ET4 Chaperone Form Sp 7/12

Fecha