



2026-2027
NO STAPLES & ALPHABETICAL ORDER BY LAST
NAME



Three Oaks Outdoor Science School FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Nombre del alumno _____ fecha de nacimiento _____ edad _____

Domicilio _____ ciudad/estado/código de postal _____

Nombre del padre/tutor legal _____

Núm. telefónico del hogar del padre/tutor legal _____ núm. de trabajo _____

Núm. telefónico celular _____

CONTACTO EN CASO DE UNA EMERGENCIA (otro no mencionado más arriba)

Nombre _____ parentesco _____

Núm. telefónico del hogar _____ núm. telefónico celular _____

INFORMACIÓN SOBRE SU HIJO

Para proteger a su hijo de posible vergüenza, pero no excluirlo del programa, se necesita la siguiente información. Favor de trazar un círculo en sí o no. Si contesta sí favor de dar más detalles en la línea provista. Si necesita más espacio, favor de agregar una hoja por separado al formulario de consentimiento.

¿Camina su hijo mientras duerme, moja la cama en la noche, etc.? sí / no

Si es sí, favor de explicar: _____

¿Existen algunos factores que pueden afectar la salud de su hijo; tales como asma, alergias, etc.? sí / no

Si es sí, favor de explicar: _____

¿Ha sido su hijo expuesto a alguna enfermedad contagiosa (sarampión, paperas, varicela, etc.) dentro de los últimos 21 días? sí / no

Si es sí, ¿a cuáles? _____

¿Ha tenido su hijo una vacuna contra el tétanos dentro de los últimos 5 años? sí / no fecha: _____

¿Tiene su hijo alguna alergia que puede causar una reacción alérgica de medicamentos, alimentos o factores ambientales? sí / no

Si es sí, favor de explicar el tipo de reacción: _____

¿Tiene su hijo algún(os) factor(es) de salud que haría(n) aconsejable que su hijo siga un programa de actividad física limitada? sí / no

Si es sí, favor de explicar: _____

****AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO DEBEN LLENARSE****

¿Tiene su hijo alguna restricción alimenticia o necesidades dietéticas especiales? sí / no

Si es sí, favor de listarlas _____

Favor de listar cualquier alternativa u opción durante su visita _____

EN CASO DE UNA EMERGENCIA FAVOR DE SUMINISTRAR

Proveedor de seguro médico _____

Número de póliza _____ número de grupo _____

Nombre del médico _____ núm. telefónico _____

En caso de una emergencia, si no se pueden comunicar con nosotros, los padres o tutores legales del alumno antedicho, acordamos que un examen de rayos-X, tratamiento y/o diagnosis anestésicos, médicos o quirúrgicos y atención hospitalaria pueden prestarse a dicho menor de edad bajo la supervisión general o especial y bajo el consejo de un médico o cirujano debidamente titulados; y/o que el tratamiento o diagnosis anestésicos, dentales o quirúrgicos y atención hospitalaria pueden prestarse a dicho menor de edad por un dentista debidamente titulado. Si o cuando dicha ocasión se presenta, o transporte o atención médica llegase a necesitar, por el presente los autorizamos dentro de las estipulaciones y limitaciones antedichas. Además, acordamos eximir de responsabilidad e indemnizar a Three Oaks Outdoor Science School, sus funcionarios, agentes y empleados si el tratamiento médico o dental antedichos son prestados a dicho menor de edad.

He revisado y entiendo las condiciones en este formulario y doy consentimiento para que mi hijo participe. Además, estoy consciente del Artículo 35330 del Código de Educación, el cual estipula que todas las personas haciendo la excursión o viaje son consideradas de haber renunciado a todas las reclamaciones en contra del campamento o la escuela por una lesión, accidente o enfermedad sucediendo durante o por causa de la excursión o viaje. Acuerdo a recoger y recogeré a mi hijo en caso de que llegue a enfermarse o tenga mal comportamiento.

Firma del padre o tutor legal

parentesco

fecha

Escuela del alumno

distrito escolar