

DISTRITO DE NORTH FOND DU LAC –PROGRAMAS DE SALUD

225 McKinley St. North Fond du Lac, WI 54937 Telefono: 920-929-3750 Fax: 920-929-3696

PERMISO DEL PADRE PARA VIAJE DE ESTUDIOS

Estudiante _____ Escuela _____ Grado _____

Destino _____ Fechas(s) _____ Horario(s) _____

Maestro(s) _____

Modo de Transportación: Caminando AutoBus Other _____

Formulario y Matrícula Debido : / / Cantidad _____ (adjunto)

Traer comida en un envase disponible: _____ SI _____ NO

Información del Padre:

Para asegurar que tengamos la información más reciente de su hijo(a), complete lo siguiente:

Padre/Guardian : _____ (C)Telefono: _____ (T)Telefono: _____ (C)Telefono: _____

Contacto

de Emergencia: _____ (C)Telefono: _____ (T) Telefono: _____ (C) Telefono: _____

Información de Salud

ALERGIAS

Su hijo(a) tiene alergias? _____ SI _____ NO

Si, explique: _____

Por favor explique síntomas/tratamiento necesario: _____

Su hijo(a) requiere el uso de Epi-pen? _____ SI _____ NO

La forma requerida por el Distrito está completa y archivada? _____ SI _____ NO

ASMA

Su hijo(a) padece de síntomas de asma? _____ SI _____ NO

Si, explique los síntomas y tratamiento necesario: _____

Su hijo(a) requiere inhalador? _____ SI _____ NO

La forma requerida por el Distrito está completa y archivada? _____ SI _____ NO

MEDICAMENTO

Su hijo(a) requiere medicamento recetado (diariamente o cuando se necesita)? _____ SI _____ NO

La forma requerida por el Distrito está completa y archivada? _____ SI _____ NO

PREOCUPACIONES DE SALUD/IMPEDIMENTOS FÍSICOS

Por favor anote impedimentos físicos/preocupaciones de salud, acomodaciones especiales, etc. necesitados para su hijo(a) en este viaje.

Hay un plan de cuidado médico o emergencia arreglado para su hijo(a) en la escuela? _____ SI _____ NO

Hay una forma requerida por el Distrito está completa y archivada?? _____ SI _____ NO

Yo doy permiso para que mi hijo(a) asista a este viaje. Yo doy permiso al personal de la escuela para dar el primer auxilio y/o llevar a cabo cualquier de los procedimientos necesarios durante este viaje. En evento de una enfermedad grave o herida en este viaje, yo también autorizo al personal que transporte a mi hijo(a) al establecimiento medico más cercano para tratamiento, o llamar a la ambulancia si lo es sumamente necesario. Yo entiendo que cualquier responsabilidad financiera por el tratamiento de emergencia/transportación es responsabilidad del padre/guardián.

Firma del Padre/Guardian

Fecha

TEACHERS: Please take the completed forms along on field trip & return to office following trip.