



**APÉNDICE DEL FORMULARIO 7903.11A**  
**Autorización Parental y Médica para el Menor/Alumno**  
**Participación en una Actividad Fuera del Plantel Aprobada por el Distrito**

\_\_\_\_\_, con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_, tiene mi permiso para participar en \_\_\_\_\_  
(Nombre completo del Alumno) (Del menor) (Fecha evento)  
en la \_\_\_\_\_ actividad y se movilizará en \_\_\_\_\_.  
(Descripción de la Actividad fuera del plantel) (Autobús, Vehículo particular o propio)

Como lo indica el código de Educación de California, artículo 35330, entiendo que estoy liberando al Distrito Escolar Unido de Escuelas Secundarias de Anaheim, sus funcionarios, representantes y empleados de toda responsabilidad con respecto a cualquier obligación o demanda, que pueda surgir o tenga conexión con la participación de mi hijo en esta actividad.

Además, entiendo que el Distrito Escolar Unido de Escuelas Secundarias de Anaheim no tiene, ni va a adquirir un seguro médico, dental o de hospitalización para cubrir gastos por daños o fallecimiento del alumno, o para indemnizar a padres o tutores por gastos relacionados con lo anterior y, que el padre o tutor puede adquirir tal seguro, si así lo desea.

Entiendo plenamente que los participantes deben cumplir todas las normas y reglamento que rige sobre su conducta durante la excursión. Todo quebranto de estas normas y reglamento puede tener como resultado que el individuo sea enviado a casa a costas de su padre o tutor.

Todo alumno que necesite tomar medicamentos cuando está en una actividad fuera del plantel, debe adjuntar el Apéndice del Formulario 7903.11B, Solicitud del Padre para la Administración de Medicamentos con o sin receta. Comuníquese con la Oficina de Salud y antes de la excursión haga los arreglos necesarios para la administración de sus medicamentos, y adjunte una copia del Formulario de Permiso para que sea llevada a la actividad fuera del Plantel.

Medicamento (marque una): \_\_\_\_\_ Mi hijo/a no toma medicamentos (s).  
\_\_\_\_\_ Mi hijo llevará consigo el medicamento con o sin receta mientras esté en la actividad  
\_\_\_\_\_ fuera del plantel. Se adjunta el Apéndice del Formulario 7903.11B.  
\_\_\_\_\_ Se adjunta una descripción de cualquier problema médico.

En caso de enfermedad o lesiones, por este medio consiento, que me hagan cualquier análisis de rayos x, diagnóstico anestésico, médico, quirúrgico o dental y que me hospitalicen si fuera considerado necesario para mi seguridad y bienestar, bajo el criterio del doctor, cirujano o dentista a cargo y que lo haga con, o bajo la supervisión de un miembro del personal médico, o del hospital o establecimiento que proporcione servicios médicos o dentales.

En caso que yo no esté disponible en una emergencia, por favor notifique a:

Nombre del contacto: \_\_\_\_\_ Doctor del menor: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número telefónico del Doctor: \_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardian: \_\_\_\_\_ Compañía de Seguro Médico. : \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_