



FORMULARIO DE PERMISO PARA UNA EXCURSIÓN

California Institute of the Arts Community Arts Partnership (CAP) & Sitio Asociado(s)
.....

AUTORIZACIÓN DE PASEO Y ATENCIÓN MEDICA

..... tiene permiso para participar en esta excursión.
(Nombre del Alumno)

Lugar: Fecha:

MEDIO DE TRANSPORTE:

Dirección:

- Camioneta de CalArts
- Automóvil Privado
- Walking
- Autobús
- Otro

Hora de Salida: am/pm

Hora de Regreso: am/pm

Nombre(s) de Profesor(es)/Acompañantes:

PADRES/GUARDIANES POR FAVOR LEAN:

Todas las personas que participen en el paseo/excursión renuncian a entablar cualquier demanda en contra de California Institute of the Arts y sus empleados y el sitio asociado y sus empleados por causa de lesión, enfermedad o muerte, que ocurran durante o por razones del paseo/excursión.

.....
(Firma del Padre/Encargado)

.....
(Fecha)

AUTORIZACIÓN PARA ATENDER AL ALUMNO EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA

En caso de que el estudiante (Nombre del Alumno) necesite ayuda/tratamiento médico durante el curso de este paseo, doy permiso para que el California Institute of the Arts, el sitio asociado y su personal seleccione el tratamiento apropiado según el mejor juicio del médico que lo atienda. Entiendo que el California Institute of the Arts y el sitio asociado no tienen seguro médico para cubrir los gastos médicos incurridos por mi hijo/hija, así que los gastos serán mi responsabilidad.

Favor de indicar información sobre condiciones médicas, alergias, medicamentos, y otros asuntos de salud que CAP necesite saber:

Nombre de Padre/Guardián en molde:

Número de teléfono de emergencia:

Domicilio:

Número de teléfono de casa: Número de teléfono de trabajo:

Firma de Padre/Guardián: