

DISTRITO ESCOLAR DE FILADELFIA  
**CONSENTIMIENTO PATERNO**

**INFORMACIÓN DEL VIAJE**

Escuela Escuela McClure	Teléfono Escuela 215.400.3870	Grado/Salón 4-5	Preparado el 24.1.2020
Maestro/a	Destino Constitution Center; 525 Arch St, Filadelfia, PA 19106		

Propósito Educativo del Viaje

Proveérlas a los estudiantes una experiencia ajustada con los estándares de estudios sociales.

Fecha del Viaje 28.1.2020	Hora de Partida 9:30 A.M.	Hora de Retorno 1:30 P.M.	Itinerario del Viaje (resumen)
Modo de Transportación Servicio del Autobús Amarillo		Costo por Estudiante <input type="checkbox"/> Gratis \$_____	Almuerzo <input type="checkbox"/> Traer <input type="checkbox"/> Comprar <input type="checkbox"/> Provisto <input type="checkbox"/> No Necesita

Por favor, llene y desprenda la parte inferior de este formulario, y entrégueselo al maestro.

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ I.D.#: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PADRE/ENCARGADO**

1. Padre/ Encargado: \_\_\_\_\_ Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

2. Padre/ Encargado: \_\_\_\_\_ Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Estudiante vive con: (marque las que correspondan)  Padre  Madre  Encargado

**CONTACTOS DE EMERGENCIA**

Si no se puede localizar a los padres/encargados, la escuela llamará a las personas que se indican a continuación. Las que se indican a continuación deben ser personas responsables que puedan:

1) dar autorización a que se provea cuidado médico; 2) recoger a su hijo/a si su hijo/a está enfermo/a; 3) tener la autoridad de hablar en nombre de los padres o encargados legales.

Nombre: _____	Nombre: _____
Teléfono Casa: _____	Teléfono Casa: _____
Teléfono Trabajo: _____	Teléfono Trabajo: _____
Teléfono Celular: _____	Teléfono Celular: _____

**INFORMACIÓN MÉDICA**

Si se da autorización, por favor provea la siguiente información médica, o si su hijo/a no padece de ninguna de las siguientes condiciones médicas, escriba "none".

Medicamento/s que toma el/la estudiante: \_\_\_\_\_

Alergias a comidas, bebidas, picaduras de insectos, medicinas, otro: \_\_\_\_\_

Información médica adicional: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico : \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro Médico/Hospital: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

He leído la información del viaje a: Constitution Center; 525 Arch St, Philadelphia, PA 191 el 28.1.2020.

Marque: mi hijo  puede  no puede ir a este viaje

Comprendo que en caso de una emergencia que requiera tratamiento médico urgente, se hará todo lo posible por contactar a una de las personas antes indicadas. En caso de que no se pueda contactar a ninguna, autorizo a que la escuela dé consentimiento al tratamiento que el personal de emergencia considere necesario.

En letra de molde: Nombre del/los padres o encargado/s: \_\_\_\_\_

Firma del/los padres o encargado/s: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Una copia de este formulario se debe guardar en el expediente hasta finalizar el año escolar.**