



Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**Autorización para Viajes de Estudio**

Los salones de clase de hoy en día, se extienden más allá de los límites físicos de un salón o inclusive un edificio. Los maestros reconocen los valores de llevar a algunos niños(as) a los viajes de estudio o excursiones. Entre otros beneficios educativos, los niños(as) llegan a observar y escuchar cosas las cuales no pueden ser traídas al salón de clase. En algunos viajes de estudio, los niños(as) toman autobuses escolares. En otros, caminan o utilizan otros medios de transportación.

Si usted firma en el siguiente espacio, su hijo(a) tendrá permitido acompañarnos a los viajes de estudio durante el presente año escolar. Sin embargo, a él/ella todavía se le brindará información para llevar a casa antes de cada viaje de estudio – por medio de una nota, calendario escolar mensual o por algunos otros medios – para informarle sobre el lugar a visitar y la fecha del viaje de estudio. Hasta ese momento, usted podría rehusarse a conceder permiso a su hijo(a) para asistir a ese viaje de estudio en específico. Usted debe saber que el distrito escolar no es necesariamente responsable por todo daño sostenido por un alumno.

**He leído la información y consentimiento antes mencionado para que mi hijo(a) asista a los viajes de estudio durante el año escolar y concedo mi permiso a mi hijo(a), para que reciba el tratamiento médico de emergencia en caso de que no pueda ser localizado.**

Firma del padre/tutor X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Autorización para Tratamiento Médico de Emergencia**

Yo, como padre o tutor legal del estudiante cuyo nombre está mencionado en esta página, por medio de la presente autorizo y consiento el tratamiento médico de emergencia para mi hijo(a). Específicamente, autorizo a los empleados del distrito escolar y agentes para administrar cualquier tratamiento médico de emergencia por el proveedor de cuidado médico. Además, autorizo al proveedor del cuidado médico proporcionar tratamiento médico de emergencia que él/ella estime adecuado para tratar cualquier lesión sostenido por mi hijo(a).

Estoy de acuerdo en no acusar e indemnizar al Distrito Escolar 131 del Este de Aurora, su Junta de educación y los miembros de la junta, empleados y agentes, de y en contra de cualquier y todos los reclamos, demandas, lesiones, daños o causas de acción; incluyendo cuotas y costos legales razonables en la defensa de esto, ya sea resultando de o que surja de la provisión del tratamiento médico de emergencia por el personal escolar o un proveedor del cuidado médico.

Firma del padre/tutor X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Autorización para revelar registros médicos al distrito**

Por medio de la presente autorizo al proveedor del cuidado médico de mi hijo(a) y previa escuela, revelar el examen físico e información más reciente de mi hijo(a) al Distrito Escolar 131 del Este de Aurora, para la finalización de los registros médicos del estudiante. Esta autorización es válida mientras el estudiante esté inscrito en el Distrito Escolar 131 del Este de Aurora.

Firma del padre/tutor X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**SOLICITUD SOBRE NOTIFICACION DE PESTICIDA**

El Distrito del Este de Aurora 131 practica la Supervisión integrada de plaga, un programa que combina técnicas preventivas, métodos no químicos de control y uso adecuado de pesticidas con la preferencia por los productos que son los menos dañinos para la salud y el ambiente. El término “pesticida” incluye insecticidas, herbicidas, rodenticidas, y fungicidas. Si usted tiene alguna pregunta o comentario, por favor contáctese con él, Director de Edificios, al 630-299-8355.

Es distrito escolar está estableciendo un registro de personas que deseen ser informadas ANTES del uso de pesticidas. Para ser incluido en este registro, por favor marque el recuadro SI.

**Si, Me gustaría ser notificado dos días antes del uso de pesticidas en el escuela.**

**No, NO necesito ser notificado antes del uso de pesticidas en la escuela.**

Yo comprendo que si hay una amenaza inmediata para la salud o propiedad que requiera tratamiento antes de que la notificación pueda ser enviada, recibiré información lo antes posible.

Firma del padre/tutor X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_