



OBBS MUNICIPAL SCHOOLS

**ESCUELAS MUNICIPALES DE HOBBS
PERMISO PARA TRATAMIENTO MEDICO DURANTE
ACTIVIDADES/VIAJES DURANTE ESCUELA**

A quien le pueda concernir:

Yo, la persona que firma abajo, siendo el padre/guardián legal de _____ por este medio autorizo cualquier tratamiento medico necesario para esta persona mientras este participando en actividades/viajes relacionados con la escuela durante el _____ año escolar. Yo también garantizo pagos de todos los cargos cometidos durante este tratamiento medico (doctor, hospital, rayos-x, laboratorio, etc.). Concerniente a tal persona, yo presento la siguiente información.

SEGURO (MEDICO)

Compañía _____

Numero de Grupo _____ Numero de Identificación _____

INFORMACION ESPECIAL

Por favor mencione todas las alergias de comida, medicina, etc. (si no tiene, dígalo también).

Medicamento que el/la estudiante tendrá en su posesión son: _____

Nombre del Doctor _____ Teléfono _____
Dirección de la Oficina _____ Ciudad _____
Estado _____ Zona Postal _____

INFORMACION PERSONAL

Dirección del Padre/Guardián _____

Teléfono de Oficina (Padre) _____ Teléfono de Oficina (Madre) _____

Usted le permitiría a (Nombre del Estudiante) _____ Nadar? Si No

Yo he leído los procedimientos de arriba y por este medio delego (comisiono) al Panel Educativo de Hobbs y sus agentes escolares control de mi respectivo(a) hijo(a) para los futuros viajes escolares. Yo absuelvo a la escuela y los patrocinadores estas actividades de toda responsabilidad que pueda ocurrir durante el viaje. Yo declaro por este medio la autorización de agentes chaperonas (cuidadoras) o instructores que paguen gastos considerados necesarios y estoy de acuerdo en pagar por lo mismo si esta enfermedad o accidente no es cubierto por la póliza de seguros. Mientras los patrocinadores se encargaran de problemas disciplinarios menores que ocurran durante viajes fuera de la ciudad, problemas serios incluirán contactar al principal.

Firma del Padre o Guardián _____
Fecha

Signed before me, this _____ day, of _____,

NOTARY

My Commission Expires: _____