DEVUELVA A LA ESCUELA NO MÁS TARDE DE:_____
EXONERACIÓN DE TODA RECLAMACIÓN

Autorización de los Padres o Tutores Para Viajes Educativos

Nombre del estudiante: _____

EXONERACIÓN hecha por _____ _____

(Marque uno: padre o tutor legal**)** _____

(Domicilio, ciudad, estado, código postal) _____

EXONERACIÓN hecha el: _____ día de _____de 20_____ (día) (mes) (año)

El (La) estudiante y quien suscribe, padre o tutor legal del (de la) estudiante arriba mencionado(a), en consideración al derecho de asistir a:

Fecha del evento: _____
Hora del evento: _____
Descripción del evento: _____

y, tanto en cuanto sea permitido por la ley, por este medio exonero y para siempre eximo al Distrito Escolar Independiente de McKinney (en adelante identificado como el "Distrito") sus agentes, empleados, y directores de todo tipo de reclamaciones, demandas, acciones, juicios y ejecuciones legales que pueda tener yo o que puedan tener o reclamar tener mis herederos, albaceas, administradores, o cesionarios, en contra del susodicho Distrito y que ocurran como resultado de, o que de cualquier modo puedan estar vinculados a, lesiones personales, conocidas o desconocidas, y daños a la propiedad, real o personal, causados por el, o como resultado del, viaje educativo descrito más arriba.

Yo comprendo que se realizará todo esfuerzo razonable para establecer contacto conmigo en caso de una enfermedad grave u otra emergencia que requiera atención médica. Sin embargo, dado el caso en que no se pueda establecer contacto conmigo, por este medio autorizo al Distrito a transportar a, o autorizo el transporte por medio de ambulancia de, mi hijo o hija al establecimiento de cuidado médico más cercano y autorizo todo y cualquier tratamiento médico de emergencia ocasionado por la susodicha emergencia.

Yo comprendo que yo seré responsable de todo y cualquier costo incurrido como resultado del cuidado médico arriba mencionado. Más aún, yo comprendo que dichos costos pueden incluir, pero no se limitan a, los servicios prestados por ambulancia, médico particular, clínica, hospital, dentista, u otro cuidado por parte del personal de cuidado médico urgente.

Yo, el abajo firmante, he leído esta exoneración en su totalidad y comprendo que los términos contenidos en este documento son de carácter contractual. Más aún, yo otorgo mi consentimiento al tratamiento médico en concordancia con los términos de este acuerdo y acepto la responsabilidad por todos los costos incurridos. Yo comprendo que mi rechazo a devolver este formulario constituirá la negación de mi consentimiento para la participación y no se permitirá que mi estudiante participe en el viaje educativo.

Yo ejecuto este documento voluntariamente y estoy plenamente en conocimiento de su significado.

_____
Firma del Padre/ Tutor Legal Fecha y Año

_____
Número de teléfono para contacto diurno