

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE TRACY

EXONERACIÓN DE ACTIVIDADES EXTRA CURRICULARES Y CERTIFICACION DE SEGURO MEDICO/DE SALUD

VALIDO (forma)

NOTA: ESTA FORMA DEBE COMPLETARSE PARA CADA ACTIVIDAD/VIAJE DE ESTUDIOS Y DEBE FIRMARSE Y DEVOLVERSE A LA ESCUELA APROPIADA, ENTRENADOR O ADMINISTRADOR ANTES DE PARTICIPAR EN LA ACTIVIDAD IDENTIFICADA. NO SE ACEPTARAN APROBACIONES VERBALES.

Yo, como el padre o tutor de: _____, un(a) alumno(a) que asiste al Distrito Escolar Unificado de Tracy, a la (escuela): _____, reconozco la posibilidad de lesión que puede resultar en costos médicos dado su participación en _____ (nombre de la actividad) en _____ el día _____. El/ella tiene mi permiso para participar en la actividad.

Al marcar la línea apropiada y firmar debajo, acepto lo siguiente:

_____ 1. Nuestro seguro medico o seguro de grupo es adecuado para pagar y rembolsar nuestros gastos por cualquier servicio medico, dental, de hospital y cirugía que pueda ocurrir dado a lesiones, que puedan resultar por participación en la actividad. Continuare participando en esta cobertura médica durante todo el tiempo que este en efecto la actividad.

Póliza #: _____ Nombre de la Compañía: _____.

_____ 2. Comprare el Plan de Accidentes del Distrito Escolar Unificado de Tracy que proporciona la Agencia de Seguros Assad, al seleccionar lo siguiente:

<i>Ver el Folleto de Seguro Voluntario Para Estudiantes en Caso de Accidentes de Pacific Educators para más detalles.</i>	Opciones (Todos los Planes tienen UN PAGO anual)	Bajo	Alto
	Plan Durante el Tiempo de Escuela		
www.peinsurance.com	Grados Pre-K-8	\$10.00	\$23.00
	Grados 9-12	\$22.00	\$50.00
800-722-3365	Plan de 24-Horas Al Día		
	Grados Pre a K a 8	\$70.00	\$150.00
	Grados 9 a 12	\$86.00	\$179.00
	Cobertura Opcional de Fútbol Americano		
	Grado 9	\$34.00	\$75.00
	Grados 10-12	\$78.00	\$165.00
	Opción Dental Extendida (Debe comprarse el seguro medico. No puede comprarse solamente esta cobertura)	\$6.00	-----

Por este medio autorizo al Distrito Escolar Unificado de Tracy y a sus representantes autorizados a obtener o a proporcionar tratamiento médico y/o de emergencia razonable para mi hijo(a) si el/ella se enferma o se lesiona mientras participa en una actividad extracurricular. Estoy de acuerdo en exonerar al Distrito y sus representantes de cualquier y toda responsabilidad que resulte de tal tratamiento. (Véase La Sección 49407 Del Código De la Educación de California). Entiendo que esta autorización es dada con anticipación de cualquier diagnostico, tratamiento, o cuidado proporcionado en el hospital y proporciona la autoridad y poder a los agentes mencionados anteriormente a dar consentimiento especifico a cualquier y todo diagnostico, tratamiento, o cuidado proporcionado en el hospital el cual un médico con licencia o un dentista crea necesario. Entiendo que el Distrito Escolar Unificado de Tracy, sus empleados y su Mesa Directiva no tienen responsabilidad de ninguna naturaleza en relación al transporte o tratamiento de dicho menor. Asimismo entiendo que todo el costo del transporte paramédico, hospitalización, y cualquier examen, radiografías, o tratamiento proporcionado con relación a esta autorización será mi responsabilidad.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____

NOMBRE IMPRESO (Padre/Tutor): _____

DIRECCION Y TELEFONO: _____ FECHA _____

PERSONAL/PADRE/GUARDA de TUSD: POR FAVOR INDIQUE ABAJO COMPROBANDO LA LÍNEA APROPIADA CUALQUIER NECESIDAD ESPECIAL DE ESTUDIANTES PARTICIPANDO EN LA ACTIVIDAD DESIGNADA DE MODO QUE EL PERSONAL TUSD, EL PADRE/GUARDA PUEDA PROVEER AL ESTUDIANTE DE LOS ARTÍCULOS NECESARIOS.

Por favor proporcione al estudiante/niño lo siguiente: (los artículos necesarios estarán marcados o especificados)

_____ Almuerzo en bolsa (padre/tutor: por favor proporcione un almuerzo en bolsa para su(s) hijo/hijos)

_____ Mi hijo necesitará un almuerzo en bolsa proporcionado por el Distrito Escolar de Tracy.

(NOTA: la cuenta de alimentos del estudiante será cobrada según el estado de comida del estudiante:

\$2.00=Jardín de Niños al 5 \$2.50=6-12 .40=reducido gratuito para los estudiantes que comen gratis)

_____ Necesidades médicas/alergias, etc. (sea específico / use accesorios con instrucciones del uso, si es necesario)

Otras necesidades: _____

Nombre de Estudiante _____ Número de teléfono _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado/Salón # _____
 ** Hora de Salida: _____ Hora de Regreso: _____ Transporte por: _____