

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD Y PODER LIMITADO DE ABOGADO

Para la participación en actividades fuera del campus y viajes de estudio patrocinado por el Distrito Escolar del Condado de Thomas

Yo, (nombre del padre / tutor) _____, los abajo firmantes, con el fin de que mi hijo (nombre del niño) _____ de participar en actividades fuera del campus y viajes de estudios patrocinados por el Distrito Escolar del Condado de Thomas, por la presente estado y aceptan lo siguiente:

1. En consideración de permiso que se concede a mi hijo a participar en las excursiones y actividades que se están patrocinados por el Distrito Escolar del Condado de Thomas, estoy entrando en este acuerdo de liberación que se extiende al Distrito Escolar del Condado de Thomas, sus agentes, empleados, voluntarios, representantes, sucesores o cesionarios, tanto individualmente como en cualquier capacidad, (en lo sucesivo, liberados).

2. Cualquier acompañante designado por el Distrito Escolar del Condado de Thomas o su representante tiene mi permiso para autorizar la atención médica de emergencia para mi hijo. Mis creencias religiosas no se oponen a cualquier medicamento o procedimientos normales de emergencia. Mi compañía de seguros de salud y número de la póliza son:

Compañía de Seguro. _____
Numero de Póliza. _____

En caso de emergencia, me puede llamar a los siguientes números: _____ o _____

3. Yo constituyo más y por este medio y nombrar a cualquier acompañante designado por el Distrito Escolar del condado de Thomas como mi abogado-en-hecho para hacer cualquiera y todas las decisiones que él o ella cree que es en el mejor interés de mi hijo como a la obtención de emergencia atención médica. También estoy de acuerdo que será responsable de cualquier y todos los gastos incurridos por mi abogado-en-hecho mientras él o ella está actuando bajo las disposiciones de este instrumento.

4. Entiendo que seré responsable de los costos de los servicios médicos proporcionados a mi hijo, y la chaperona (s) están autorizados a firmar cualquier documentación necesaria como mi abogado-en-hecho en cualquier centro médico que proporciona servicios médicos para mi niño.

5. Por la presente otorgo Distrito Escolar condado de Thomas y sus agentes plena autoridad para tomar las medidas que consideren estar justificada bajo las circunstancias relativas a la salud y la seguridad de mi hijo, y yo libero plenamente de toda responsabilidad por las decisiones o acciones que sean tomada en relación con el presente. También estoy de acuerdo que será responsable de cualquier y todos los gastos incurridos por mi abogado-en-hecho mientras él o ella está actuando bajo las disposiciones de este instrumento. Entiendo que soy responsable de la cobertura de seguro médico de mi hijo.

Padre / Guardián

Fecha

Testigo

Fecha

LIABILITY RELEASE and LIMITED POWER OF ATTORNEY
For participation in off-campus activities and field trips sponsored by the
Thomas County School District

I, (insert parent/guardian's name) _____, the undersigned, in order
for my child (insert child's name) _____ to participate in off
campus activities and field trips sponsored by the Thomas County School District, do hereby state
and agree as follows:

1. In consideration of permission being granted to my child to participate in field trips and activities being sponsored by the Thomas County School District, I am entering into this release agreement which extends to the Thomas County School District, its agents, employees, volunteers, representatives, successors or assigns, both individually and in any capacity, (hereinafter referred to as releasees).
2. Any chaperone appointed by the Thomas County School District or its designee has my permission to authorize emergency medical care for my child. My religious beliefs do not preclude any medications or normal emergency procedures. My health insurance company and policy number are:

Ins. Co. _____

Policy No. _____

In case of emergency, I can be reached at the following numbers:

_____ or _____

3. I do further and hereby constitute and appoint any chaperone appointed by the Thomas County School District as my attorney-in-fact to make any and all decisions which he or she believes to be in my child's best interest as to the obtaining of emergency medical care. I further agree to be liable for any and all the expenses incurred by my attorney-in-fact while he or she is acting under the provisions of this instrument.
4. I understand that I will be responsible for the costs of any medical treatment provided to my child, and the chaperone(s) are authorized to sign any necessary documentation as my attorney-in-fact at any medical facility providing medical services for my child.
5. I hereby grant Thomas County School District and its agents full authority to take whatever actions they may consider to be warranted under the circumstances regarding my child's health and safety, and I fully release them from any liability for such decisions or actions as may be taken in connection herewith. I further agree to be liable for any and all the expenses incurred by my attorney-in-fact while he or she is acting under the provisions of this instrument. I understand that I am responsible for my child's medical insurance coverage.

Parent/Guardian Signature

Date

Witness

Date



Nombre del Estudiante: _____

1. Alergias a medicamentos conocidos: _____

2. Ultimas vacunas recibidas de Tetanus: _____

3. Historia de condicion del corazon, diabetes, epilepsia, o fiebre reumatica: (favor de describir)

4. Medicamentos actualmentes tomando: _____

5. Alguna restriccion fisica: _____

6. Otras condiciones: _____

7. Nombre del Doctor de familia y numero de telefono: _____

8. Nombre cercano de relativos y numero de telefono: _____

Telefono del Hogar

Telefono del Trabajo

Por favor, haga que su niño sepa y entienda el Código de Conducta se encuentra en el manual- del estudiante - cualquiera persona que viole estas reglas puede ser enviado a su casa por su propia cuenta, causar participantes de la escuela a ser enviado a casa, o de otra manera descalificarlo de la escuela de la participación en la actividad.



Medical Information
(Please Print)

Name of Student: _____

1. Known drug allergies: _____

2. Last Tetanus administration received:

3. History of heart condition, diabetes, epilepsy, or rheumatic fever: (please describe)

4. Medication currently taking: _____

5. Any physical restrictions: _____

6. Other conditions: _____

7. Name of family physician and telephone number: _____

8. Closest relatives' name and telephone number: _____

Home Phone

Work Phone

Please have your child know and understand the Code of Conduct located in the student's handbook— any person violating these rules may be sent home at his or her own expense, cause participants from the school to be sent home, or otherwise disqualify the school from participation in the activity.