



# CAMP TYLER OUTDOOR SCHOOL

## PERMISO DE LOS PADRES PARA QUE EL ALUMNO ASISTA

De esta forma doy mi permiso para que el alumno nombrado abajo asista a la \_\_\_\_\_ sesión escolar en Camp Tyler de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ con su maestro/a : \_\_\_\_\_ como: [ ] alumno en residencia /o/ [ ] alumno de día.

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Talla de T-shirt : S M L XL  
"T-shirts" son en tallas de adultos

Nombre de los padres: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Médico del alumno: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Hospital de preferencia: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Empleador de la madre: \_\_\_\_\_

Horas en que la madre trabaja: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Empleador del padre: \_\_\_\_\_

Horas en que el padre trabaja: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

*Si por alguna razón no estoy disponible en los números de arriba, por favor llame a: (amigo, familiar, vecino)*

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

***Por favor ponga su inicial en los espacios apropiados:***

### **Emergencias:**

En caso de accidentes, enfermedades súbitas o en el caso de que no se pueda hacer contacto por teléfono conmigo inmediatamente, autorizo por ésta al director y/o al personal de Camp Tyler a referir este niño al médico y/o sala de emergencia nombrado en la lista de información de emergencia de esta planilla. Además, doy la instrucción a los proveedores del cuidado de salud mencionados arriba, el poder de actuar como "loco parentis" hasta que yo pueda asumir la responsabilidad. Yo entiendo que al igual que en la escuela, el cuidado médico es mi responsabilidad económica.  
\_\_\_\_\_ Tiene que tener sus iniciales.

### **Publicidad:**

Por ésta doy mi permiso a Camp Tyler para que la fotografía de mi niño sea usada por los periódicos, las estaciones de televisión y/o publicaciones de Camp Tyler y de la Internet. Entiendo que ninguna otra información que las fotografías, nombre, escuela y maestro será publicada en ningún otro lugar sin mi permiso por escrito. Entiendo que la mayoría de las fotografías son tomadas por los niños para uso en las aulas. Cada clase recibe un CD de fotografías que son valiosas en escritura creativa y enseñando los conceptos reforzados por lo aprendido en Camp Tyler.

\_\_\_\_\_ Doy mi permiso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No permito que mi niño sea fotografiado.

\* **Firma del padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

***Por favor complete el reverso.***

Información especial de su niño (alergias, dieta, orinarse en la cama y otras limitaciones menores)

---

---

---

**Por favor lea y firme uno de los espacios abajo**

***Mi niño no tiene ninguna limitación médica o física que puede afectar su participación en el programa educacional en Camp Tyler.***

**Firma del padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**O**

***He proveído una lista de las limitaciones médicas y/o físicas de mi niño, y de esta manera le doy permiso al personal de la escuela Outdoor para que administre todas las medicinas en las dosis que el médico de mi niño a especificado en esta planilla, el pomo original de la farmacia o lo adjunto con esta planilla. Le doy mi permiso a la enfermera de la escuela a que haga contacto con el médico nombrado para que discuta la medicina/tratamiento recetado. También le doy mi permiso para que la información sobre esta medicina/tratamiento sea compartida por la enfermera de la escuela con el personal de la escuela de acuerdo a lo que ellos necesiten saber.***

**Firma del padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Todas las medicinas tienen que estar en el pomo original de la farmacia. Cualquier medicina sin receta tiene que tener el permiso por escrito del médico.**

Direcciones para administrar las medicinas:

Medicina & Dosis	Mañana & Hora	Medio día & Hora	Tarde & Hora	Noche & Hora

Limitaciones médicas y/o físicas:

---

---

---

---

---

---

---