

# FORMA DE INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTE RANCHO EL CHORRO ESCUELA AL AIRE LIBRE

<u>IMPRIMA</u> EL APELLIDO DEL ESTUDIANTE	PRIMERO NOMBRE	FECHA DE SESIÓN
ESCUELA		PROFESOR
Dirección de Estudiante (número, calle, ciudad, estado, zona postal)	Teléfono	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Nombre de Madre (tutor)	Teléfono de trabajo	Nombre de padre (tutor)
		Teléfono de trabajo
<b>Si Ud. no se localiza en caso de emergencia, imprime el nombre de otra persona que podremos avisar:</b>		
Nombre	Dirección	Teléfono
Nombre de Médico	Dirección de Médico	Teléfono de Médico
Nombre de compañía de seguros	Número de póliza	
<p>_____ (<b>Nombre entero del estudiante</b>) tiene mi permiso a participar en el programa del Rancho El Chorro Escuela al Aire Libre patrocinado por El Superintendente de Escuelas del Condado del San Luis Obispo y el distrito escolar del estudiante. Es mi comprensión que esta actividad es conforme con las provisiones del Código de Educación Secciones #35350 y #35330 y que estas secciones proveen que todas personas participando en esta actividad voluntariamente no aplicarán cualquier derechos contra El Superintendente de Escuelas del Condado de San Luis Obispo, el distrito escolar del estudiante, o el Estado de California para daños, enfermedad, o muerte ocurriendo mientras o por razón de esta actividad. Es mi comprensión adicional, que estudiantes estarán bajo supervisión escolar mientras esta actividad y transporte es proveído o autorizado por el distrito escolar del estudiante.</p> <p>En caso que no me pueden contactar, doy el permiso a los administradores de la escuela para obtener ayuda médica inmediatamente o servicio de ambulancia. Más, como un padre o tutor de un estudiante quien atenderá el Rancho El Chorro Escuela al Aire Libre, entiendo que una escuela al aire libre no es el ambiente físico igual como una escuela tradicional. Hay algunos peligros inherentes relacionados con asistiendo una escuela al aire libre que el estudiante no encuentra en la escuela tradicional. Por ejemplo, "el día escolar" del estudiante es 24 horas.</p> <p>Comprendiendo estas circunstancias, estoy de acuerdo que El Superintendente del Condado, El Consejo de Educación, cada distrito respectivo, y todo personal, empleados, y agentes de El Superintendente del Condado, El Consejo de Educación, y cada distrito respectivo no son responsables en cualquier manera para algunas heridas y/o daños que mi hijo podrá sufrir o sostener mientras asistiendo o viajando al Rancho El Chorro Escuela al Aire Libre. Así pues, acepto toda responsabilidad y voluntariamente no aplico cualquier derechos que tengo en perseguir acción legal o ninguna demanda contra estos grupos para algunas heridas y/o daños. Entiendo que este acuerdo de inofensa extiende a estos grupos quien pueden actuar así más a las instrucciones médicas arriba o así más a las instrucciones del médico o hospital. Es comprendido que los gastos resultados serán la responsabilidad de los padres/tutores del estudiante.</p> <p><input type="checkbox"/> Yo doy mi permiso a los empleados de Rancho El Chorro Escuela al Aire Libre y la Oficina de Educación del Condado de San Luis Obispo para que tomen fotografías o vídeo de mi hijo/a para razones de publicidad o educacionales en el website de la Oficina de Educación. Si Ud. no da permiso, por favor indíquelo abajo.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>No doy</b> mi permiso para que tomen fotografías o vídeo de mi hijo/a.</p>		
➔ <b>Firma de padre o tutor</b>		
<b>INFORMACIÓN DE SALUD</b>		
1. Si su niño ha estado enfermo recientemente, por favor de describir la enfermedad:		
2. Marque todas condiciones aplicables de su niño y explique abajo:		
<input type="checkbox"/> 1. alergias y fiebre del heno	<input type="checkbox"/> 5. mojado la cama	<input type="checkbox"/> 9. enfermedad de corazón
<input type="checkbox"/> 2. alergia de aguijón de abeja	<input type="checkbox"/> 6. enfermedad via coche	<input type="checkbox"/> 10. veneno al roble
<input type="checkbox"/> 3. asma	<input type="checkbox"/> 7. epilepsia/trastorno o convulsiones	<input type="checkbox"/> 11. problema de seno
<input type="checkbox"/> 4. dolor de espalda o espalda débil	<input type="checkbox"/> 8. dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> 12. sonámbulo
Explique:		
3. Fecha aproximadamente del último inyección de tétano    4. Si su niño esta en una dieta especial, por favor describir la dieta.		
5. Exposición a una enfermedad comunicable durante el mes pasado? Por favor de explicar.		
6. Cualquier limitación de actividades físicas? Por favor de explicar.		
<p>No es necesario para su niño completar un examen física antes de ir al escuela al aire libre. De todos modos, recomendamos que han tenido un inyección de tétano entre los cinco años. <b>NOTA:</b> Si su niño esta bajo el cuidado de un médico para una enfermedad aguda o crónica, su médico debe saber que su niño estara fuera de su casa por tres a cinco días. Por favor de obtener instrucciones de su médico en el reverso de esta forma. Todas medicaciones para su niño tienen que estar notados en el reverso de esta forma y con la firma del médico autorizando esas medicaciones.</p>		

**(POR FAVOR DE COMPLETAR AL REVERSO)**

# PETICIÓN POR MEDICACIÓN Y INSTRUCCIONES DEL MÉDICO

Si tu hijo/a lleva algún medicamento a Rancho El Chorro Escuela al Aire Libre, la ley requiere que tenga la firma de su médico con instrucciones especiales. **SU HIJO/A NO PUEDE TOMAR NINGÚN MEDICAMENTO SIN LA FIRMA DE SU MÉDICO.** Todas medicaciones tiene que estar en el envase original. Tiene que dar todas las medicaciones al profesor antes de subir el autobús.

IMPRIME EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido, Primer Nombre)

Pido que mi niño (nombrado arriba) sea asistado por una persona autorizado en tomando la medicación prescrita (descripción debajo) en la Escuela al Aire Libre en conformidad con las políticas y procedimientos del programa.

➔ **Firma de padre o tutor** Fecha (mes/día/año) Teléfono de hogar

**MEDICACIONES:** Descripciones del las medicaciones prescripciones deberían ser completadas por el médico de su niño.

Nombre de medicación	1.	2.	3.
Propósito de medicación			
Dosis prescrito			
Hora de dosis			
Forma de dosis (liquido, pastilla)			
Fecha de prescripción			
Duración en que medicación es necesario			

Precauciones, instrucciones especiales, efectos adversos posibles o comentario.

## SER COMPLETADO POR EL MÉDICO

Nombre del Médico	El estudiante nombrado arriba, para quien la medicación esta prescrita, esta bajo de mi cuidado.
Dirección/Cuidad/Zona Postal	<b>Firma del Médico</b> ➔
Teléfono:	Fecha firmada (mes/día/año)

**SAN LUIS OBISPO COUNTY OFFICE OF EDUCATION**  
**RANCHO EL CHORRO OUTDOOR SCHOOL**  
 2450 Pennington Creek Road  
 San Luis Obispo, CA 93405  
 (805)782-7336 oficina  
 (805) 544-7559 fax