

La enfermera /
acompañante pondrá una
foto del estudiante en esta
caja.

1st Choice Educational Tours, LTD.
585-343-1313
Mayo 20-23, 2024

Adjunte una copia de su
tarjeta de seguro médico
en esta caja.

Estimado padre,

Estamos encantados de que usted haya permitido que su hijo participe en este tour. Ud. ha escogido uno de los tours educativos más finos en el mercado. Para que nosotros podamos continuar con esta reputación tan buena, requerimos que su hijo siga las reglas y regulaciones de Daño y Disciplina durante el tour. Por favor discuta esta reglas y regulaciones con su hijo.

La póliza de Daño de 1st Choice Educational Tours, Ltd. es la siguiente: En el evento que su hijo/a cause algún daño durante el transcurso del viaje, usted, como el padre o guardián, y el estudiante, están de acuerdo con asumir todos los costos para reparar el daño.

1st Choice Educational Tours, Ltd. tiene una póliza de disciplina de 4 pasos que será implementada por el personal de Brockport:

1. Llamada de atención al estudiante sobre el comportamiento.
2. Llamada por teléfono al padre o guardián sobre el comportamiento.
3. Mandar al estudiante a su casa con un acompañante, y el padre/guardián será responsable por el costo. **Automático** con cualquier posesión de alcohol o drogas. **También automático** con la posesión de alguna arma o algún aparato que se parece a un arma como un apuntador láser.
4. Se permitirán **LOS TELEFONOS CELULARES** en el viaje según la Política PED del Distrito Escolar de Brockport.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre _____ # de teléfono _____

Dirección: _____ Acompañante _____

Lugar de trabajo del padre _____ # de teléfono _____

Lugar de trabajo de la madre _____ # de teléfono _____

Si planea estar en otro lugar mientras estamos de viaje, por favor escriba donde estará y cuando:

_____ # de teléfono _____

Nombre y número de teléfono de un amigo o familiar para contactar si no podemos ponernos en contacto con usted:

_____ # de teléfono: _____

Nombre del pediatra/doctor _____ # de teléfono: _____

Nombre del dentista _____ # de teléfono _____

Se hará todo lo posible para asegurarse que todos los participantes estén seguros. Pero, se comprende que existe la posibilidad de que exista una situación que requiera atención médica. Esta firma es una autorización para que el representante o sustituto del Distrito Escolar Central de Brockport, consiga atención médica en el evento que esta situación surja. Se comprende que yo seré notificado tan pronto sea posible en dicho evento. Yo garantizo los costos originados para cubrir el costo de la atención médica de emergencia que no sean cubiertos por mi plan de seguro o del seguro de 1st Choice Educational Tours, Ltd. Yo no quiero que se le niegue el cuidado de emergencia a mi hijo/a si no se pueden poner en contacto conmigo.

Yo he leído y comprendo las pólizas de Daño, Disciplina y Reembolso de 1st Choice Educational Tours, Ltd. y estoy de acuerdo con su cumplimiento. Mi hijo/a tiene permiso de ser parte de este viaje y se entiende que el/la seguirá las reglas, regulaciones y supervisión de los acompañantes. También se comprende que si el estudiante comete ofensas repetidas de las reglas y regulaciones o si hay aún sólo un evento de tono serio, que se mandará al estudiante a la casa a costo de la familia.

(Lea la parte de atrás de este formulario para la información de los requisitos de salud)

Requisitos médicos

Si usted está mandando **algún medicamento** (receta y/o medicina sin receta) con su hijo en el **Viaje de Historia de los Estados Unidos SE REQUIERE una nota del doctor para todos los medicamentos** (tal como ibuprofeno, tums, vitaminas, inhaladores, etc.)

Como nota especial, **para que su hijo pueda llevar consigo y tomar/usar cualquier medicamento por sí, un doctor DEBE escribir en la nota que el estudiante puede llevar consigo y administrarse el medicamento.** Si no, el medicamento tiene que estar bajo el cargo de un adulto.

Enumere los medicamentos, recetados y/o sin receta, y proporcionará una nota del médico para:

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Efectos secundarios
------------------------	-------	------------	---------------------

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Efectos secundarios
------------------------	-------	------------	---------------------

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Efectos secundarios
------------------------	-------	------------	---------------------

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Efectos secundarios
------------------------	-------	------------	---------------------

Por favor identifique información/preocupaciones médicas importantes: _____

Alergias a alimentos, medicamentos, etc. _____

¿Se sabe que su hijo es sonámbulo? Sí ____ No ____ Si es así, ¿con qué frecuencia? _____

Fecha de la última vacuna contra el tétanos (si no se conoce, la enfermera de OMS la completará): _____

Marque todo lo que corresponda:

- Acepto que el médico de mi hijo proporcionará una nota a la Oficina de Enfermería de OMS para todos los medicamentos enumerados anteriormente y que se enviará con mi hijo durante el Viaje de historia de los Estados Unidos
- También siento que mi hijo es competente y responsable de llevar el medicamento y automedicarse sin supervisión.
- Se adjunta copia de la tarjeta del seguro médico.

Firma del padre

Firma del estudiante

Preguntas:

Información de la oficina de la enfermera:

Tel: (585)637-1862

Fax: (585)637-1962

Fecha