

Permiso de Excursión (Field Trip)



Palo Alto Community Child Care

El programa que hemos planeado incorpora varios disparos al campo (excursiones) – a veces entre la distancia de camino, a veces vía el coche o el autobús. Nosotros estaremos informando a ustedes de nuestras excursiones planeados. Pero, algunas excursiones serán espontáneas. El centro lleva seguro para cubrir estas actividades. En orden que su niño/ a participe, necesitamos su permiso escrito.

Yo doy mi permiso para mi niño/ a,

Nombre	(Haga Print)	Apellido
--------	--------------	----------

que participe en las excursiones planeados por su centro cualquier caminando, el automóvil privado, autobús, o en transporte público

Nombre de Padre/ Guardia	
Firma de Padre/ Guardia	Fecha

O:Centers/Red Binder/Enrollment/Field Trip Medical ConsentSpanish.rtf

7/09

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
COMMUNITY CARE LICENSING

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO DE LA EMERGENCIA

Centros de Cuidado de Niño y Hogares de Cuidado de Niño de la Familia

Como el Padre o Persona autorizada, le doy consentimiento a

Nombre de PACCC Facilidad

PARA DAR ASISTENCIA MEDICA O DENTAL DE LA EMERGENCIA

Prescrito por un Medico (M.D.), un Osteopatía (D.O.) o un Dentista (D.D.S.) debido licenciado para

Nombre	(Haga Print)	Apellido
--------	--------------	----------

ESTE CUIDADO PUEDE SER DADO DEBAJO CUALESQUIERA CONDICIONES QUE SON NECESARIAS PARA PRESERVAR LA VIDA, EL MIEMBRO, O EL BIENESTAR DEL NIÑO NOMBRADO ARRIBA.

EL NIÑO/ A TIENE LAS ALERGIAS SIGUIENTES DE LA MEDICACIÓN:
--

Firma de Padre or Representativo Autorizado		Fecha	
Dirección	Ciudad	ZIP	
Teléfono de Casa ()		Teléfono de Celular ()	