



**LLENE, IMPRIMA & DEVUELVA ESTE FORMULARIO**  
**BANDAS DE LA ESCUELA SECUNDARIA DE SANTA MONICA**  
**FORMULARIO DE ACTIVIDAD FUERA DEL PLANTEL**

Queridos padres,

Su hijo/a está programado para participar en actividades especiales del Departamento de Música fuera del plantel, aprobadas por el Distrito Escolar y supervisadas por padres y el personal escolar.

- Todos los paseos estarán en el calendario con la escuela. Los estudiantes recibirán calendarios y avisos para llevar a casa con respecto a cada paseo. Todos los paseos ocurrirán entre el primero de junio del 2018 y el primero de julio del 2019.
- Todos los paseos tendrán lugar por medio de autobús escolar, autobuses fletados o coches grandes manejados por choferes aprobados por el Distrito. Las funciones locales (dentro de la ciudad de Santa Mónica) pudieran requerir que los padres los dejen y recojan en lugares designados.

Favor de firmar a continuación y dar permiso para que su hijo/a participe en estas actividades.

**Distrito Escolar Unificado Santa Mónica - Formulario de Permiso para Actividad Fuerza del Plantel**

I Yo, el que firma a continuación, entiendo que mi hijo/a debe de aceptar todos los reglamentos y requisitos gobernando la conducta durante las actividades fuera del plantel. Estas reglas y requisitos son distribuidos a todos los estudiantes cada año al principio del año escolar y a los nuevos estudiantes al matricularse.

Conforme al Código de Educación 35330, yo por lo tanto, exono al Distrito Escolar Unificado de Santa Mónica de toda responsabilidad que surgiera de o en conexión con todos los paseos escolares de música regularmente programados de cualquier causa aparte de la negligencia del Distrito o su personal.

Yo doy permiso a \_\_\_\_\_ para que participe en todas las actividades del Departamento de Música de la Escuela Secundaria Santa Mónica entre el primero de junio del 2018 y el primero de julio del 2019.

Contacto de emergencia:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación al estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono (mejor numero): \_\_\_\_\_

**Exoneración de Fotografía/Videocinta:** Yo por lo tanto doy mi permiso al Distrito Escolar Unificado Santa Mónica (SMMUSD) y a la Asociación de Padres de la Banda de Santa Mónica (SMAPA-Samohi Bands) para que usen libremente, sin compensación, fotografías y videocintas de mi estudiante, tomadas por fotógrafos designados de la Banda, cuando mi estudiante toca con cualquiera de las Bandas o con los Abanderados. El uso de las fotografías y videocintas a muestra en la página electrónica de las Bandas [www.samohiband.com](http://www.samohiband.com), formularios, medios sociales (Facebook, Instagram, Twitter), sitios web de almacenamiento de fotos/video, correo electrónico de banda, la página electrónica de las Artes Visuales y Escénicas de SMMUSD [www.smmusd.org/vapa/](http://www.smmusd.org/vapa/), y en otros medios informativos producido o autorizado por la Escuela Secundaria de Santa Mónica (programas de conciertos, el anuario, sitios web de donantes corporativos, etc.) Para proteger la privacidad de todas las personas, no serán mostrados en la página electrónica de la Banda o usados sin permiso previo los nombres, aparte de los instructores.

Nombre del Padre o Guardián Llenando Este Formulario: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Denota entendimiento de la póliza)

**LLENE, IMPRIMA & DEVUELVA ESTE FORMULARIO**  
**TARJETA DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE DE LA ESCUELA SECUNDARIA DE SANTA MONICA**

Favor de llenar todas las partes de este formulario y firmar a continuación. Si su hijo/a se enferma o se lastima mientras que está en este paseo aprobado por la escuela, es importante que la información de esta tarjeta sea exacta y completa. La información será mantenida confidencialmente

Nombre Completo del Estudiante \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_

Dirección	Ciudad	Código Postal	Teléfono
-----------	--------	---------------	----------

<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino #ID _____	Grado	9	10	11	12	Número de Celular del Estudiante
--	-------	---	----	----	----	----------------------------------

Padre (o guardian) llenando este formulario	Teléfono del TRABAJO del Padre #1	Número de CELULAR del Padre #1
---	-----------------------------------	--------------------------------

Nombre del Padre (o guardián) #2	Teléfono de TRABAJO del Padre #2	Número de CELULAR del Padre #2
----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

**EL ESTUDIANTE VIVE CON:**  Madre  Padre  Ambos  Custodia Compartida

NOMBRE de Compañía de Seguro Médico \_\_\_\_\_ Nombre & ID del Suscrito \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_ # de MediCal \_\_\_\_\_  
Identificar cualquier problema(s) de salud que su hijo/a tenga o pudiera experimentar mientras que esté ausente:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ULTIMA VACUNA DE REFUERZO DE TETANO** (mes & año): \_\_\_\_\_ **ULTIMO EXAMEN MEDICO** (mes & año): \_\_\_\_\_  
AUTORIZACION PARA MEDICAMENTO – No será administrado el medicamento sin su firma. Si hay espacios en blanco o tachados, el medicamento no será disponible para su hijo/a: *Por lo tanto yo pido y autorizo a las personas que acompañan a los estudiantes que pongan a disposición el siguiente medicamento(s) como fuere dirigido por el consultor médico de SMMUSD:*

Medicamento (tachar si NO desea que sea administrado)	Dosis (igual para cualquier medicina)	Frecuencia	Firma del Padre - Requerida
Acetaminophen (Tylenol) tableta de 325mg	1 tableta si el estudiante pesa menos de 100 libras	Oral Cada 4-6 horas	x
Ibuprofen (Motrin, Advil) tableta de 200mg	2 tabletas si el estudiante pesa más de 100 libras		x
Diphenhydramine (Benadryl) tableta de 25mg	1-2 tabletas que no exceda 300mg / 24 horas		x

**ALERGIAS:** Describir de lleno cualquier alergia(s) y/o reacciones que su hijo/a pudiera tener hacia cualquier ALIMENTO o MEDICAMENTO(S). SI SU HIJO/A TIENEN ALGUNOAS REACCIONES QUE PONGAN EN PELIGRO SU VIDA, favor de asegurarse que las instrucciones sean incluidas y el tratamiento descrito (use páginas adicionales, si es necesario).

Médico \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dentista \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
EN EL EVENTO DE UNA EMERGENCIA MEDICA, si no puedo ser localizado, por lo tanto yo doy mi consentimiento para que mi hijo/a sea transportado hacia una facilidad de emergencia y para que reciba la atención necesaria por parte de un médico, practicante de medicina o dentista

FIRMA del padre o guardián \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

IMPRIMIR el nombre del Padre (o guardián) llenando este formulario: \_\_\_\_\_

CONTACTOS DE EMERGENCIA: Si los padres no pueden ser localizados, la escuela está autorizada a soltar a su hijo/a SOLAMENTE a las persona anotadas a continuación. Favor de suministrar los nombres de POR LO MENOS 2 personas quienes podrán comunicarse con usted en caso de una emergencias.

Nombre _____	Relación al estudiante _____	Dirección _____	Teléfono - mejor numero(s) _____
--------------	------------------------------	-----------------	----------------------------------

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_