



División Curricular

### Permiso de Padres para viajes/paseos con acomodaciones y noches incluidas

Escuela: \_\_\_\_\_ Maestro(a): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Permiso requerido para que su hijo(a) asista al viaje/paseo a:

(Lugar) \_\_\_\_\_ Un(a) (descripción) \_\_\_\_\_

el (fecha) \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Saldremos de la escuela a la(s) \_\_\_\_\_  a.m.  p.m.

Regresaremos a la escuela el \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ a la(s) \_\_\_\_\_  a.m.  p.m.

Números de emergencia: Diurno: \_\_\_\_\_

Nocturno: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Tranporte vía:  Bus escolar  Bus Público  Caminando

Vehículo privado/Nombre de Conductor: \_\_\_\_\_

Otro/Especifique: \_\_\_\_\_

El propósito de este viaje/paseo es: \_\_\_\_\_

**Supervisión:** Durante este paseo, su estudiante estará supervisado(a) por (marque todas las que apliquen):

ACPS Staff  Chaperones aprobados  Otro: \_\_\_\_\_

Anticipamos un(a) chaperón(a) por cada \_\_\_\_\_ estudiante.

**Asignación de habitaciones:** Mi estudiante puede compartir habitación con otros (as) que no son del mismo sexo biológico asignado al nacer.

**Si su hijo(a) tiene permiso de ir a este viaje, favor firmar debajo.**

*Favor aceptar el presente formulario como firma de consentimiento para que un médico o personal de hospital de tratamiento de emergencia por lesiones o enfermedad a mi hijo(a) si tratamiento médico es necesitado*

Nombre del o de la estudiante: \_\_\_\_\_

Firma padre, madre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**\* Los números de emergencia deben de ser proveídos para que el o la estudiante puedan asistir al viaje/paseo. \*  
Este formulario ha sido actualizado en cumplimiento de la Regulación 6A-10.085 F.A.C.**