|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hoja de permiso de excursión fuera de las instalaciones | | | |
| FORMULARIO DE EXCURSIÓN/ HOJA DE PERMISO/EMERGENCIA | | | |
| Complete este formulario que tendrá que llevar su hijo durante la excursión. Esta información es necesaria en caso de que necesitemos ponernos en contacto con usted mientras no estemos en el centro educativo. Ningún alumno podrá participar sin que su padre o tutor complete y firme este formulario. La información de este formulario se considera confidencial y la llevará el responsable del viaje realizado por el centro educativo durante la excursión. | | | |
| El permiso se concede para:  (Nombre del alumno) IMPRIMA ESTE DOCUMENTO  para realizar una excursión a **[DESTINO]** en **[MODO DE TRANSPORTE]** el **[FECHA] de [MES] de [AÑO]**. La hora de salida es a las **[HORA DE SALIDA]** y la hora de vuelta es a las **[HORA DE VUELTA]**. | | | |
| INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE O TUTOR: | | | |
| Nombre del padre o tutor: | | | |
| Dirección: | | | |
| Número de teléfono: | | Número de teléfono de emergencia: | |
| Especifique la información que se solicita a continuación, ya que puede que sea necesaria en caso de emergencia. Esta información no modifica la información que aparece en la tarjeta de emergencia.  Fecha de nacimiento del alumno | | | |
| Alergias: | | | |
| Condiciones que necesitan consideraciones especiales (médicas o físicas): | | | |
| ¿Necesita el alumno…? (A) **EpiPen** Sí □ No □ (B) **Inhalador** Sí □ No □ (C) **MEDICAMENTOS TOMADOS ACTUALMENTE:** (Tipo de medicamento y horas de administración): | | | |
| Asegúrese de hablar con el responsable antes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **[FECHA]** en relación con los medicamentos o necesidades especiales que pueda tener el alumno. ESTA INFORMACIÓN SERÁ CONFIDENCIAL. PERMANECERÁ CON EL RESPONSABLE DEL VIAJE DEL CENTRO EDUCATIVO EL DÍA DE LA EXCURSIÓN. INFORMACIÓN DE CONTACTO SOLO PARA EL DÍA DE LA EXCURSIÓN: | | | |
| Nombre del contacto principal | | Relación con el alumno: | |
| Número de teléfono: | Número de teléfono del trabajo: | | Número de teléfono móvil o buscapersonas: |
| Nombre del contacto secundario | | Relación con el alumno: | |
| Número de teléfono: | Número de teléfono del trabajo: | | Número de teléfono móvil o buscapersonas: |
| Médico del alumno: | | Número de teléfono: | |
| Dentista del alumno: | | Número de teléfono: | |
| **A CUALQUIER MÉDICO U HOSPITAL:** Por la presente, autorizo la concesión de la información médica correspondiente de mi hijo al personal profesional adecuado. Concedo permiso al médico u hospital para, en caso de una emergencia, administrar su tratamiento y solicitar medicamentos, inyecciones, anestesia o cirugía para mi hijo, cuyo nombre se indica anteriormente. La firma siguiente constituye la autorización para realizar cualquier tratamiento necesario para mi hijo durante esta excursión. | | | |
| INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD: | | | |
| Nombre de la compañía: | Número de póliza: | | Número de grupo: |
| Nombre del padre o tutor: | | | Fecha: |
| (IMPRIMA ESTE DOCUMENTO) | | | |
| Firma del padre o tutor: | | | |