

**DENTON ISD FINE ARTS**

**PERMISSION TO TRAVEL / MEDICAL RELEASE FORM**

This must be on file with the activity sponsor before participating in outdoor activities and before the student can travel with on any sponsored trips.

(Print student name) \_\_\_\_\_ has my permission to participate in all Fine Arts program trips for the \_\_\_\_\_ school year. I release, and hold harmless, Denton ISD, and all its sponsors/staff of all liability in case of an accident on the trips. It is understood that the student is directly responsible to the sponsors in charge of the trip from the time of leaving until returning, the same as if in regular school attendance. Pupils must go and return by the same means of transportation, unless by mutual agreement by the parents and the trip sponsor.

The above named student, and others whose signatures appear below, do hereby consent to any and all medical and surgical treatments, including anesthesia and operations that may be deemed necessary and/or advisable by his/her attending physician and/or surgeons. The intention hereof, being to grant authority to administer and perform all singularly any procedures which may now or during the course of the patient's care be deemed advisable or necessary. I/we also agree that the patient, when admitted, is to remain in the hospital until his/her physician recommends the patient's discharge.

It is understood that the Fine Arts students will be chaperoned both en route and while at any meetings, and that normal precautions will be taken in the interest of the students' safety and well-being. IN CASE OF INJURY OR ILLNESS, EVERY EFFORT WILL BE MADE TO CONTACT THE PARENT(S) OR GUARDIAN(S) BY TELEPHONE IN ADVANCE OF MEDICAL TREATMENT.

In witness of our consent, and in agreement to the matters stated in the preceding sentences, we have subscribed our signatures below:

\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Birth date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Student/Minor SIGNATURE**

\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
**Father/Guardian SIGNATURE**

\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
**Mother/Guardian SIGNATURE**

Insurance Company Name\*: \_\_\_\_\_ (leave blank if no insurance)

Policy Number: \_\_\_\_\_ Group Number: \_\_\_\_\_

Primary Care Doctor: \_\_\_\_\_ Doctor's Phone: \_\_\_\_\_

**\*PLEASE ATTACH A PHOTOCOPY of PARENT DRIVER'S LICENSE and INSURANCE CARD (if applicable)**

Any and all medication(s) my son/daughter may be allergic to: \_\_\_\_\_

Food or other substance(s) my son/daughter may be allergic to: \_\_\_\_\_

Medications my son/daughter is taking: \_\_\_\_\_

The medication currently being administered is for the treatment of: \_\_\_\_\_

Does your child have any handicaps/limitations that could hinder any activities? (Circle one) YES NO  
(If YES, please describe below. Any special arrangements must be made prior to the activity or trip.)

In the event of an emergency, I can be reached at the following:

Home Phone: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Business Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Other Phone: \_\_\_\_\_

Two individuals who may assume temporary care of your child in the event that you cannot be reached:

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

**BELLAS ARTES DENTON ISD**  
**FORMA DE PERMISO PARA VIAJAR / AUTORIZACIÓN MÉDICA**

Esto debe estar en el archivo con el patrocinador de la actividad *antes de participar en actividades al aire libre y antes de que el estudiante pueda participar en cualquier viaje patrocinado.*

**(Imprimir nombre del alumno)** \_\_\_\_\_ tiene mi permiso para participar en todos los viajes del programa de Bellas Artes para el año escolar \_\_\_\_\_. Yo libero y eximo a Denton ISD y a todos sus patrocinadores/personal de toda responsabilidad en caso de accidente en los viajes. Se entiende que el estudiante está directamente bajo la responsabilidad de los patrocinadores a cargo del viaje desde el momento de la salida hasta el momento del regreso, lo mismo que si estuviera en asistencia regular de la escuela. Los alumnos deben ir y volver por el mismo medio de transporte, a menos que haya un acuerdo mutuo entre los padres y el patrocinador del viaje.

El estudiante arriba mencionado y otras personas cuyas firmas aparecen debajo, dan su consentimiento para cualquier y todos los tratamientos médicos y quirúrgicos, incluyendo anestesia y operaciones que se consideren necesarias y/o aconsejables por su médico tratante y/o el cirujano. La intención del presente, es la de otorgar la autoridad para administrar y realizar singularmente todos los procedimientos que puedan ahora o durante el curso del cuidado del paciente considerarse convenientes o necesarios. Yo/nosotros también estamos de acuerdo en que el paciente, una vez admitido, deberá permanecer en el hospital hasta que su médico recomiende darlo de alta

Se entiende que los estudiantes de Bellas Artes estarán supervisados tanto cuando estén en ruta como mientras estén en las reuniones y que se tomarán las precauciones normales en el interés de la seguridad y el bienestar de los estudiantes. **EN CASO DE LESIÓN O ENFERMEDAD, SE HARÁ TODO LO POSIBLE PARA PONERSE EN CONTACTO CON EL PADRE(S) o TUTOR(ES) POR TELÉFONO ANTES DE RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO.**

En testimonio de nuestro consentimiento y de acuerdo a lo expuesto en los enunciados anteriores, hemos suscrito nuestras firmas a continuación:

\_\_\_\_\_  
**FIRMA del Estudiante/Menor**      Fecha: \_\_\_\_\_      Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA del Padre/Tutor**      Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA de la Madre/Tutora**      Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros\*: \_\_\_\_\_ (Deje en blanco si no tiene seguro)

Póliza número: \_\_\_\_\_      Número de grupo: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_      Teléfono del médico: \_\_\_\_\_

**\*POR FAVOR ADJUNTE UNA COPIA DE LA LICENCIA DE MANEJAR DEL PADRE y TARJETA DE SEGURO (si procede)**

Cualquier y todo medicamento(s) al que mi hijo/hija puede ser alérgico: \_\_\_\_\_

Alimentos u otra(s) sustancia(s) a las que mi hijo/hija puede ser alérgico: \_\_\_\_\_

Medicamentos que mi hijo/hija está tomando: \_\_\_\_\_

El medicamento que se está administrando actualmente es para el tratamiento de: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene cualquier desventaja o limitación que podría obstaculizar cualquier actividad? (Marque uno)    **SI**    **NO**  
(en caso AFIRMATIVO, describa a continuación. Cualquier disposición especial debe hacerse antes de la actividad o viaje)

En caso de emergencia, me pueden contactar en:

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_      Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_      Teléfono celular: \_\_\_\_\_      Otro teléfono: \_\_\_\_\_

Dos personas que puedan asumir el cuidado temporal de su hijo en caso de que no podamos contactarlo a usted:

Nombre: \_\_\_\_\_      Teléfono: \_\_\_\_\_      Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_      Teléfono: \_\_\_\_\_      Relación: \_\_\_\_\_