



DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE EL PASO  
**PERMISO PARA QUE EL ALUMNO PARTICIPE  
EN EXCURSIONES O ACTIVIDADES**

**AUTORIZACION DE PARTE DE PADRE DE  
FAMILIA/GURADIAN/ADULTO RESPONSABLE**

Yo \_\_\_\_\_, el suscrito padre/madre, guardián legal o adulto responsable de \_\_\_\_\_, autorizo que él/ella participe en el evento **Actividades en la comunidad, incluyendo visitas a la biblioteca de Armijo, Parque Armijo, Centro de Recreación, Silva's**, y que por tal propósito viaje mediante transporte provisto por el Distrito Escolar Independiente de El Paso u otras.

También concedo que las autoridades del Distrito Escolar Independiente de El Paso permitan que su representante designado apruebe tratamientos médicos de emergencia para mi hijo/hija durante el transcurso de esta excursión, inclusive de tratamiento o intervención quirúrgica que respondan a una enfermedad u otra emergencia resultante de tal excursión.

Comprendo que ni la institución escolar de nuestro hijo/hija, ni el Distrito Escolar Independiente de El Paso, ni su Consejo de Directores, ni sus empleados, serán responsables de cualquier accidente, daño o enfermedad que pueda sufrir nuestro hijo/hija durante la excursión, o que resulte de la misma, y que ninguna de estas instancias será responsable por cualquier gasto médico que sea necesario para responder de manera debida a las circunstancias que se presenten. De tal manera, acuerdo indemnizar y exculpar al Distrito Escolar Independiente de El Paso, a su Consejo de Directores y a sus empleados de cualquier responsabilidad económica en cuanto a gastos y danos que pudieran suscitarse a título mío, o de mi hijo/hija, a excepción de aquellos gastos y danos que resulten de la operación negligente de un vehículo de parte de un empleado de Distrito Escolar quien se encuentre ejerciendo dentro de las responsabilidades de su empleo.

Además comprendo que en caso de cualquier emergencia que involucre a mi hijo/hija un empleado del Distrito Escolar Independiente de El Paso nos notificara tan pronto sea posible, pero que cualquier intervención médica o quirúrgica correspondiente no deberá de posponerse hasta que tal notificación se cumpla.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre, Guardián or Adulto Responsable

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Nombre Telefónico de Casa

\_\_\_\_\_  
Nombre Telefónico de Casa