

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD Y PODER LIMITADO DE ABOGADO

Para la participación en actividades fuera del campus y viajes de estudio patrocinado por el Distrito Escolar del Condado de Thomas

Yo, (nombre del padre / tutor) _____, los abajo firmantes, con el fin de que mi hijo (nombre del niño) _____ de participar en actividades fuera del campus y viajes de estudios patrocinados por el Distrito Escolar del Condado de Thomas, por la presente estado y aceptan lo siguiente:

1. En consideración de permiso que se concede a mi hijo a participar en las excursiones y actividades que se están patrocinados por el Distrito Escolar del Condado de Thomas, estoy entrando en este acuerdo de liberación que se extiende al Distrito Escolar del Condado de Thomas, sus agentes, empleados, voluntarios, representantes, sucesores o cesionarios, tanto individualmente como en cualquier capacidad, (en lo sucesivo, liberados).
2. Cualquier acompañante designado por el Distrito Escolar del Condado de Thomas o su representante tiene mi permiso para autorizar la atención médica de emergencia para mi hijo. Mis creencias religiosas no se oponen a cualquier medicamento o procedimientos normales de emergencia. Mi compañía de seguros de salud y número de la póliza son:

Compañía de Seguro. _____
Numero de Póliza. _____

En caso de emergencia, me puede llamar a los siguientes números: _____ o _____

3. Yo constituyo más y por este medio y nombrar a cualquier acompañante designado por el Distrito Escolar del condado de Thomas como mi abogado-en-hecho para hacer cualquiera y todas las decisiones que él o ella cree que es en el mejor interés de mi hijo como a la obtención de emergencia atención médica. También estoy de acuerdo que será responsable de cualquier y todos los gastos incurridos por mi abogado-en-hecho mientras él o ella está actuando bajo las disposiciones de este instrumento.
4. Entiendo que seré responsable de los costos de los servicios médicos proporcionados a mi hijo, y la chaperona (s) están autorizados a firmar cualquier documentación necesaria como mi abogado-en-hecho en cualquier centro médico que proporciona servicios médicos para mi niño.
5. Por la presente otorgo Distrito Escolar condado de Thomas y sus agentes plena autoridad para tomar las medidas que consideren estar justificada bajo las circunstancias relativas a la salud y la seguridad de mi hijo, y yo libero plenamente de toda responsabilidad por las decisiones o acciones que sean tomada en relación con el presente. También estoy de acuerdo que será responsable de cualquier y todos los gastos incurridos por mi abogado-en-hecho mientras él o ella está actuando bajo las disposiciones de este instrumento. Entiendo que soy responsable de la cobertura de seguro médico de mi hijo.

Padre / Guardián

Fecha

Testigo

Fecha