

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO, LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE POLK, FLORIDA

A QUIÉN PUEDA INTERESAR:

Yo el Padre/Madre/Tutor de \_\_\_\_\_ quien firma abajo, autorizo
Nombre del Estudiante

cualquier tratamiento médico necesario para mi hijo/a mientras participe en viajes auspiciados
bajo la dirección de \_\_\_\_\_ durante el año escolar \_\_\_\_\_ y prometo
Nombre de Escuela

pagar todos los gastos en los cuales se incurran como resultado de este tratamiento médico.

INFORMACIÓN:

ALERGIAS A COMIDA, MEDICINAS, ETC. (Si ninguna, favor de anotar) \_\_\_\_\_

MÉDICO DE FAMILIA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA OFICINA \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PADRE/MADRE/GUARDIÁN \_\_\_\_\_

Favor de usar letra de molde

DIRECCIÓN DE PADRE/MADRE/GUARDIÁN \_\_\_\_\_

Calle

TELÉFONO DE LA CASA \_\_\_\_\_

Ciudad

TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro

Número de Póliza o Grupo

FIRMA DE PADRE/MADRE/TUTOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

STATE OF FLORIDA, COUNTY OF POLK

I hereby certify that the foregoing was executed before me this:

\_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_, by \_\_\_\_\_

who is: \_\_\_\_\_ personally known or \_\_\_\_\_ who has produced \_\_\_\_\_ as identification.

Notary Public, State of Florida

ESTE FORMULARIO ES PARA SER USADO PARA TODO VIAJE O EXCURSIÓN FUERA DEL CONDADO EXCEPTO ACTIVIDADES ATLÉTICAS. ESTE FORMULARIO DEBE COMPLETARSE ANTES DEL PRIMER VIAJE DEL ESTUDIANTE FUERA DEL CONDADO Y RETENIDO EN ARCHIVO POR EL RESTO DEL AÑO ESCOLAR.