

# Asociación de Bandas Musicales de Escuela Pequeña de Tejas

## INFORME 2010, PERMISO Y DESCARGO MEDICO FORMA N°15

Nosotros, como padres de \_\_\_\_\_, hemos discutido con nuestro hijo su participación en la Asociación de Pequeña Escuela de Bandas de Texas Todos los Estados y las actividades relacionadas con la banda y decide dar nuestro permiso para él / ella para participar. El / Ella nos ha asegurado que van a realizar por sí mismo de tal manera que las entidades de crédito se verá reflejado en la banda, la escuela y la comunidad que representa.

Entendemos que los estudiantes tendrán un designada Chaperón mientras están en San Antonio y las precauciones normales que se tomarán en el interés de su seguridad. Entendemos que la responsabilidad por la pérdida de personal o la propiedad de la escuela es competencia exclusiva de nuestro hijo mientras él / ella está involucrada con esta actividad. Nuestras firmas significan nuestro apoyo y aprobación de las políticas y reglamentos relativos a esta actividad. Nos libera de la Asociación de Pequeña Escuela de Bandas de Texas (en lo sucesivo, "ATSSB"), sus oficiales, patrocinadores, acompañantes, y otros agentes de cualquier responsabilidad que pudiera resultar de la aplicación de estas políticas y los reglamentos o de cualquier accidente o lesión que puedan derivarse en relación con esta actividad o de cualquier pérdida de propiedad personal o escolar que puedan resultar en la clínica y concierto. Nuestro hijo está siendo autorizados a participar con nuestro pleno conocimiento y consentimiento.

Nosotros, los abajo firmantes, por la presente autorizo a cualquier funcionario debidamente elegidos de ATSSB como nuestro agente con el fin de consentir a cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, el funcionamiento y / o tratamiento y atención en el hospital bajo la supervisión de cualquier médico cirujano o médico con licencia en virtud de la Ley de prácticas, si tal examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, el funcionamiento y / o el tratamiento se hace en la oficina de dicho médico o en un hospital. Se entiende que esta autorización está dada por adelantado de cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, el funcionamiento y / o tratamiento y la atención hospitalaria prestados, pero se da a proporcionar la autoridad y el poder por parte de ATSSB específicas para dar consentimiento a cualquier y todos los exámenes de rayos X, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, el funcionamiento y / o tratamiento y atención en el hospital que el médico ya mencionado en el ejercicio de su mejor juicio estime conveniente. Esta autorización permanecerá en vigor a partir de las 12.00 horas del 10 de febrero de 2010 hasta las 12:00 de la noche el 13 de febrero de 2010, a menos que antes revocada por escrito y entregado a ATSSB.

Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Número de la Póliza Colectiva \_\_\_\_\_

Condiciones médicas o las alergias y/o la medicación de prescripción que el estudiante debe tomar: \_\_\_\_\_

-----  
Persona a contactar en una emergencia si los padres no están disponibles:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Tenemos por entendido que ATSSB no esta o quizá no este asegurado relativo a este acontecimiento o para heridas al estudiante. Por este medio afirmamos que el estudiante está asegurado a través de la compañía de seguros de nombre citado anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma de padre o custodia

\_\_\_\_\_  
Fecha

El estado de Tejas

El condado de \_\_\_\_\_

Este instrumento se reconoció antes mí en \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Notario Público  
(Personalizó el Sello)