Asociación de Bandas Musicales de Escuela Pequeña de Tejas

INFORME 2010, PERMISO Y DESCARGO MEDICO **FORMA Nº15**

Nosotros como padres de ____, han discutido con nuestro niño su participación en Banda musical Todo-Estado de la Asociación de Bandas Todo Conjunto de Jazz de estado y actividades relacionadas y por la presente da nuestro permiso para él/ella participar. El/Ella nos ha asegurado que el/ella se conducirá en tal manera que el crédito será reflejado en la banda musical, la escuela y la comunidad que el el/ella representa.

Entendemos que los estudiantes tendrán a un Acompañante Designado mientras están en San Antonio y que las precauciones normales serán tomadas en el interés de su seguridad. Tenemos por entendido que el adeudo por la pérdida de propiedad personal o de la escuela corresponde solamente a nuestro hijo/hija mientras el/ella es involucrada en esta actividad. Nuestras firmas denotan nuestro endoso y nuestra aprobación de los modos de obrar y el reglamento relacionado con esta actividad. Por este medio damos relevo de responsabilidad a la Asociación de Bandas Musicales de Escuela Pequeña de Tejas (a partir de ahora llamado " ATSSB "), su cuerpo directivo, sus patrocinadores, sus acompañantes, y otros agentes de cualquier adeudo que podría resultar de la ejecución de estas políticas y el reglamento o de cualquier accidente o la herida que podría resultar en relación con esta actividad o de cualquiera pérdida de propiedad personal o de la escuela que podría resultar durante la clínica y concierto. Nuestro hijo/hija es permitido participar con nuestro conocimiento total y nuestro consentimiento.

Nosotros, los abajo firmantes, por este medio le autorizamos a cualquier oficial debidamente elegido de ATSSB como nuestro agente con el objeto de consentir en cualquier examen de rayos x, el diagnóstico anestésico, médico o quirúrgico, la operación y/o el tratamiento y el cuidado del hospital bajo la supervisión de cualquier médico o el cirujano autorizado bajo el Acto de Prácticas Médico, si tal examen de rayos x, el diagnóstico anestésico, médico o quirúrgico, la operación y/o el tratamiento es dado en la oficina de médico dicho o en un hospital. Queda entendido que esta autorización es dada en el avance de cualquier examen de rayos x, diagnóstico anestésico, médico o quirúrgico, operación y/o tratamiento y cuidado que un hospital de, pero es dada para proveer autoridad y poder de parte de ATSSB para dar consentimiento específico a cualquier examen de rayos x, el diagnóstico anestésico, médico o quirúrgico, la operación y/o el tratamiento y el cuidado del hospital que el médico anteriormente dicho en el ejercicio de su mejor juicio puede estimar aconsejable. Esta autorización se quedará en efecto de las 12:00 del mediodía el 10 de Febrero, 2010 hasta las 12:00 de la medianoche el 13 de Febrero, 2010 a menos que sea 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)