Formulario de permiso para la prueba de antígenos

NOMBRE DE LA ESCUELA DEL ESTUDIANTE:	
FECHA DE LA PRUEBA:	
LUGAR:	
COSTO:	Sin costo
INFORMACIÓN ADICIONAL:	
NOMBRE DE MAESTRO O ENTRENADOR	
DEVOLVER LA NOTA EL:	

PADRES: Cortar aquí. Llene y devuelva la parte de abajo a la escuela.

PERMISO

Doy permiso para que mi hijo, _____ reciba una prueba rápida BinaxNOW™ COVID-19 Ag Card. Aunque sé que se tomarán precauciones para la seguridad de los estudiantes, entiendo que ni los chaperones ni el Distrito Escolar Independiente de Dallas y tampoco ninguno de sus representantes, oficiales, empleados o patrocinadores de la organización son responsables de posibles accidentes o lesiones que puedan ocurrirle a mi hijo como resultado de cualquier parte de su participación en recibir la prueba rápida BinaxNOW™ COVID-19 Ag Card. Por la presente, asumo todos los riesgos asociados con la prueba rápida BinaxNOW™ COVID-19 Ag Card. Acepto eximir al Distrito Escolar Independiente de Dallas, sus empleados, agentes, representantes, entrenadores, entrenadores de atletismo con licencia y voluntarios, de cualquier y toda responsabilidad, acciones, causas de acciones, deudas, reclamos o demandas de cualquier tipo y naturaleza que puedan surgir por o en relación con la participación en la prueba rápida BinaxNOW™ COVID-19 Ag Card indicada anteriormente. Los términos de este documento servirán como una liberación y asumir el riesgo para mí, mi hijo y nuestros respectivos descendientes, patrimonio, albacea, administrador, cesionarios. En caso de una emergencia, enfermedad o accidente, autorizo al representante o representantes designados por la escuela a autorizar tratamiento médico inmediato de mi hijo. Además, con mi firma, reconozco que las autoridades escolares me notificarán lo antes posible o a la persona que aparece a continuación si surge una emergencia:

CONTACTO DE EMERGENCIA (NOMBRE)	NÚMEROS DE TELÉFONO CELULAR Y DEL TRABAJO

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR LEGAL (ESCRITO)

_____

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL

_____

TS80J20

Formulario de permiso para la prueba de antígenos

DIRECCIÓN_____

TELÉFONO DEL TRABAJO _____ **CELULAR** _____ **TEL. DEL HOGAR**_____