



EDUCATIONAL TALENT SEARCH

FORMULARIO DE PERMISO PARA EXCURSIONES

Un proyecto de TRiO que Fomenta las Oportunidades de Educación Post-Secundaria

Escuela del Estudiante: _____ Grado: _____ Identificación del Estudiante: _____

_____ tiene mi permiso para participar en las excursiones de Polk
(Nombre del Estudiante)

State College/Educational Talent Search del año escolar **2025-2026**.

Como Padre/Tutor, reconozco lo siguiente:

1. Los funcionarios de la universidad estatal de Polk State College/Educational Talent Search están autorizados a obtener tratamiento médico de emergencia para el estudiante según sea necesario.
2. No responsabilizaré a los funcionarios de la universidad de Polk State College por las lesiones de mi estudiante durante las excursiones/actividades patrocinados por Educational Talent Search.

Firma del Padre/ Tutor

Fecha

Nombre Impreso del Padre/Tutor

Teléfono Diurno

Teléfono del Hogar: _____ Teléfono Celular: _____

Teléfono del Estudiante: _____

Dirección Residencial: _____

*****COPIAS DE ESTE FORMULARIO NO SERAN ACEPTADAS POR FAX*****

**Por favor devolver esta forma a:
Polk State College, Educational Talent Search, 999 Avenue H NE, Winter Haven, FL 33881-4299**

Teléfono: 863-297-1097 Fax: 863-297-1060

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO

A QUIEN PUEDA INTERESAR:

Yo el padre/ tutor de _____ por la presente autorizo cualquier tratamiento médico
(Nombre del Estudiante)

necesario para este estudiante que pueda ocurrir mientras el estudiante está en excursiones realizadas bajo el patrocinio de Polk State College/Educational Talent Search Program durante el año escolar **2025-2026**. También garantizo el pago de todos los cargos incurridos como resultado de este tratamiento médico.

INFORMACIÓN

Alergias: a comidas, medicamentos, etc (si la respuesta es **SI**, explica) _____

Condiciones Médicas Especiales: (si la respuesta es **SI**, explica) _____

Compañía de Seguro Médico: _____

Número de Polisa o Nombre de Grupo: _____ Nombre del asegurado: _____

Médico de familia: _____ Teléfono de la oficina: _____

Dirección de la oficina: _____

Ciudad

Estado

Código postal

Firmar del Padre (Firmar en presencia de un notario)

Fecha

Declaración Notarial

Estado de la Florida, Condado de _____

Por la presente certifico que lo anterior se ejecutó ante mí este ____ de _____ de 20__

Por _____ a quien conozco personalmente, o ha producido

_____ como identificación y quién hizo (no) hizo un juramento.

Notario Público

Este formulario debe estar debidamente notariado y la información médica de emergencia anterior debe completarse antes de que el estudiante pueda participar en cualquier actividad de la excursión.

Polk State College no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad o edad en sus programas, actividades o empleo.