

Corsicana Independent School District

Authorization to Option out of Mask Requirement

I, the below-signed parent/guardian of _____, who attends _____, hereby voluntarily option out of the mask requirement mandated by Corsicana Independent School District for the following reason(s):

I understand that as a result of this decision, my student will not be required to wear a mask while at school and/or during school activities when such requirement is in place. I hereby release and discharge the Corsicana Independent School District, its trustees, administrators, employees, agents, volunteers and assigns, both in their official and individual capacities, from any and all claims or causes of action arising out of or in any way related to the District, including medical expenses, adhering to my decision to exclude my student from the District's mask requirement in accordance with this authorization.

I understand that I may revoke this authorization in writing at any time. I further understand that my child may be omitted from field trips and other events occurring in locations that require masks.

Signature of Parent/Guardian Date

Print Name of Parent/Guardian: _____

Address: _____

Telephone Number: _____

Signature of Interpreter, if used Date

Print Interpreter's Name: _____

Interpreter's Address: _____

Distrito Escolar Independiente de Corsicana

Autorización para optar por el requisito de máscara

Yo, el padre / tutor de _____, quien asiste
_____, por la presente, optar voluntariamente por el requisito de máscara
exigido por el Distrito Escolar Independiente de Corsicana por las siguientes razones:

Entiendo que como resultado de esta decisión, no se requerirá que mi estudiante use una máscara mientras esté en la escuela y / o durante las actividades escolares cuando tal requisito esté vigente. Por la presente libero y descargo al Distrito Escolar Independiente de Corsicana, sus fideicomisarios, administradores, empleados, agentes, voluntarios y cesionarios, tanto en sus capacidades oficiales como individuales, de cualquier reclamo o causa de acción que surja de o de alguna manera relacionada con el Distrito, incluidos los gastos médicos, adhiriéndome a mi decisión de excluir a mi estudiante del requisito de máscara del Distrito de acuerdo con esta autorización.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Además, entiendo que mi hijo/a puede ser excluido de las excursiones y otros eventos que ocurren en lugares que requieren máscaras.

Firma del padre / tutor

Fecha

Imprimir nombre del padre/tutor: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Firma del intérprete, si se usa

Fecha

Nombre del intérprete en letra de imprenta: _____

Dirección del intérprete: _____