

**PARENT/GUARDIAN CONSENT FOR FIELD TRIP
AND MEDICAL AUTHORIZATION**

To: Principal, _____ of _____
[Principal's Name] [Name of School]

_____ has my permission to participate in the field trip to
[Name of Student]

_____ on _____
[Destination] Date (s)

Departure _____ a.m./p.m. Return _____ a.m./p.m.

LUNCH

- Student will be at school during lunch
- Student should bring sack lunch
- Other _____

METHOD OF TRANSPORTATION

- Walking
- School or chartered bus or vehicle
- Private Auto
- Other _____

I agree to direct my child to cooperate and conform with directions and instructions of the school district personnel in charge of the activity.

Approval Signature of Parent/Guardian Date

PARENTS PLEASE NOTE:

California State Education Code, Section 35330 in part provides:

"All persons making the field trip or excursion shall be deemed to have waived all claims against the district or the State of California for injury, accident, illness, or death occurring during or by reason of the field trip or excursion. All adults taking out-of-state field trips or excursions and all parents or guardians of pupils taking out-of-state field trips or excursions shall sign a statement waiving such claims."

MEDICAL AUTHORIZATION/RELEASE

Name of Student

Should it be necessary for my child to have medical treatment while participating in this trip, I hereby give the school district personnel permission to use their judgment in obtaining medical service for the child, and I give permission to the physician selected by school district personnel to render medical treatment deemed necessary and appropriate by the physician. I understand that the school district has no insurance covering such medical or hospital costs incurred for my child and, therefore, any cost incurred for such treatment shall be my sole responsibility. Parent acknowledges such insurance is available to parent from independent insurance companies at a reasonable cost.

Signature of Parent/Guardian

Date

Evening Telephone Number

Business Telephone Number

Emergency Telephone Number

Additional Medical Information (allergies, special conditions etc.)

Personal Insurance Policy Number _____

Purchased Independent Insurance _____

Please sign, date, and complete the entire form and return to your child's school.

**CONSENTIMIENTO DEL PADRE/TUTOR PARA EXCURSION
Y AUTORIZACION MEDICA**

Para: Director/a, _____ de _____
[Nombre del director/a] [Nombre de la escuela]

_____ tiene mi permiso para participar en la excursión a
[Nombre del alumno]

_____ el _____
[Destino] Fecha (s)

Partida _____ a.m./p.m. Regreso _____ a.m./p.m.

ALMUERZO

- El alumno estará en la escuela durante el almuerzo
- El alumno debe traer su almuerzo
- Otro _____

METODO DE TRANSPORTACION

- A pie
- Autobús escolar
- Auto privado
- Otro _____

Estoy de acuerdo en guiar a mi niño/a a cooperar y cumplir con las direcciones e instrucciones impartidas por el personal del distrito escolar a cargo de la actividad.

Firma de aprobación del padre/tutor Fecha

PADRES NOTEN POR FAVOR:

El Código de Educación del Estado de California, Sección 35330 en parte provee que:
"Se considera que todas las personas que hacen una excursión han renunciado a toda demanda contra el distrito o el Estado de California por daños, accidente, enfermedad, o muerte que ocurra durante o por motivo de tal excursión. Todos los adultos que salgan de excursión fuera del estado y los padres o tutores de los alumnos que salgan de excursión fuera del estado firmarán una declaración renunciando a tales demandas."

AUTORIZACION MÉDICA

Nombre del alumno

Si es necesario que mi hijo reciba tratamiento médico mientras participa en esta excursión, yo por la presente, doy mi permiso al personal del distrito para usar su juicio en obtener servicio médico para el niño/a, y le doy permiso al médico seleccionado por el personal del distrito escolar para prestar el tratamiento médico que tal médico considere necesario y apropiado. Comprendo que el distrito escolar no tiene seguro que cubra los gastos médicos o de hospitalización incurridos por mi hijo/a, y que, por lo tanto cualquier gasto incurrido de tal tratamiento será mi única responsabilidad. Los padres saben hay seguros disponibles a un costo razonable.

Firma del padre/tutor

Fecha

Número de teléfono de la casa

Número de teléfono del trabajo

Número de teléfono de emergencia

Información médica adicional (alergias, condición especial etc.)

Número de la póliza de seguro _____

Por favor firme, ponga la fecha y complete todo el formulario y devuélvalo a la escuela de su niño.