

**FIELD TRIP ADULT CONSENT FOR WAIVER OF CLAIMS AND MEDICAL AUTHORIZATION**  
**ADULT FORM**

To the Principal of \_\_\_\_\_ School:  
Name of School

\_\_\_\_\_, I will participate in the  
Name of Adult

field trip(s) to for the period I agree to cooperate and to confirm with directions and instructions of the School District personnel in charge of the field trip.

Should it be necessary for me 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 me, 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 School District personnel has no insurance covering such medical or hospital costs incurred for me and, therefore, any cost incurred for such treatment shall be my sole responsibility.

I hereby agree to waive all claims against the District and its employees and the State of California for injury, accident, illness, or death occurring during or by reason of the field trip. Education Code Section 35330 requires that Adults sign this statement waiving such claims or they may not participate in the field trip.

I have read and understand the foregoing statements agreeing to assume the responsibility stated and waive all claims as indicated.

Adult \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Home Telephone Number (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Business Telephone Number (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Emergency Telephone Number (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Special Medical Information (allergies, special conditions etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DE EXCURSION PARA RENUNCIAR A DEMANDAS  
Y AUTORIZACION MÉDICA  
FORMULARIO DE ADULTO**

Para el director de escuela \_\_\_\_\_ :  
Nombre de la escuela

\_\_\_\_\_, participaré en la  
Nombre del adulto

excursión(es) por el periodo, estoy de acuerdo en cooperar y seguir las instrucciones del personal del Distrito Escolar Unificado de Monrovia a cargo de la excursión.

En caso de que sea necesario recibir tratamiento médico mientras participo en esta excursión, yo por la presente doy mi permiso al personal del distrito para usar su juicio en obtener servicio médico para mi, y le doy permiso al medico seleccionado por el personal del distrito escolar para prestar el tratamiento médico que considere necesario y apropiado. Comprendo que el distrito escolar no tiene seguro que cubra los gastos médicos o de hospitalización incurridos por mi, y que, por lo tanto cualquier gasto incurrido de tal tratamiento será mi única responsabilidad.

Por la presente, consiento en renunciar a todas las demandas contra el Distrito y sus empleados y el Estado de California por lesiones, accidente, enfermedad o muerte ocurrida durante o por razones de la excursión. El código de Educación Sección 35330 requiere que los adultos firmen esta declaración de renuncia a esas reclamaciones o no podrán participar en la excursión.

He leído y entiendo las declaraciones anteriores que consienten en asumir la responsabilidad declarada y renunciar a todas las reclamaciones como son indicadas.

Nombre del adulto \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número del teléfono de la casa ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Número del teléfono del trabajo ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Número del teléfono de emergencia ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Información Medica especial (alergias, condiciones especiales etc.) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_