

PERMISSION FOR FIELD TRIP/EXCURSION
CONSENT TO TRANSPORT AND TREAT

Field Trips and Activities

THIS FORM MAY NOT BE ALTERED IN ANY WAY

Permission for Field Trip/Excursion

_____ has my permission to participate in the activities listed below. I fully understand the following:

- 1. Participation in these activities is voluntary;
2. I may revoke this permission at any time by notifying the school district in writing; and
3. Revocation is not effective until receipt is acknowledged by the school district.
4. "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 any injury, accident, illness, or death occurring during or by reason of the field trip or excursion." (California Education Code, Section 35330)
5. The field trip / excursion may include but not be limited to:
a. museums d. public / private businesses g. _____
b. concerts / plays e. environmental trips h. _____
c. libraries f. parks i. _____

Consent to Transport

In accordance with California Education Code Section 35350, my signature below gives permission to transport (if applicable).

Consent to Treat

In the event of illness or injury, I hereby consent to whatever X-ray examination, anesthetic, medical, surgical or dental diagnosis or treatment and hospital care are considered necessary in the best judgment of the attending physicians and/or dentist and performed by or under the supervision of a member of the medical staff of the hospital, facility or office furnishing medical and/or dental services.

Initial all appropriate boxes below and provide additional information where necessary.

- _____ There are no special problems that the staff should be aware of and no medications are to be administered on the trip.
_____ The following medication(s) is/are to be administered on the trip: _____
_____ A physician's written instructions on dispensing must be attached to this form. All prescriptions, excepting those which must be kept on the student's person for emergency use, must kept and distributed by the staff.
_____ My student has a special medical problem of which staff should be made aware. A description of that problem is attached to this form.
_____ No blood transfusions or blood products are to be given.

I fully understand that my student is to abide by all rules and regulations of conduct during the trip. Any violation of these rules and regulations may result in the school contacting me to arrange transportation home for my student at my full expense.

Signature of Parent or Legal guardian Date
Address where parent will be during field trip Phone where parent can be reached during field trip
Parent's/Guardian's Health Insurance Company / MEDI-CAL Policy number

**PERMISO DE VIAJE DE ESTUDIO/EXCURSION
CONSENTIMIENTO PARA TRANSPORTAR Y TRATAR**

Excursiones y Actividades

ESTE FORMULARIO NO PUEDE SER ALTERADO DE ALGUNA MANERA

Permiso de Viaje de Estudio/Excursión

_____ tiene mi permiso para participar en las actividades que se enumeran a continuación. Entiendo perfectamente lo siguiente:

1. La participación en estas actividades es voluntaria;
2. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación al distrito escolar por escrito; y
3. La revocación no es efectiva hasta que la recepción es reconocido por el distrito escolar.
4. "Todas las personas que efectúen el viaje o excursión se considerara que ha renunciado a todo reclamo contra el distrito o el Estado de California por cualquier lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurra durante o por razón de su viaje o excursión." (Código de Educación de California, Sección 35330)
5. El viaje de estudio / excursión puede incluir, pero no limitarse a:

a. museos	d. empresas publicas / privadas	g. _____
b. conciertos / obras	e. viajes ambientales	h. _____
c. bibliotecas	f. parques	i. _____

Consentimiento para el Transporte

En conformidad con el Código de Educación de California, Sección 35350, mi firma da permiso para el transporte (si es aplicable).

Consentimiento para Tratar

En caso de enfermedad o lesión, doy mi consentimiento para examen de rayos X, anestesia, diagnostico o tratamiento y la atención hospitalaria médica, quirúrgica o dental se considera necesario en el mejor juicio de los médicos a cargo y / o dentista y realiza o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital, centro u oficina proporcionar servicios médicos y / o dental.

Inicial en todas las Casillas correspondientes a continuación y proporcionar información adicional cuando sea necesario.

_____ No hay problemas especiales que el personal debe tener en cuenta y no hay medicamentos que deben ser administrados en el viaje.

_____ El siguiente medicamento(s) es/son para ser administrados en el viaje:

_____. Instrucción escrita de un médico sobre dispensar se debe adjuntar a este formulario. Todas las recetas, con excepción de aquellas que deben estar siempre en la persona del estudiante en caso de emergencia, deben ser mantenidas y distribuidas por el personal.

_____ Mi hijo(a) tiene un problema médico especial de que el personal debe ser consciente. Una descripción del problema se adjunta al presente formulario.

_____ No transfusión de sangre o productos de sangre deben ser dados.

Entiendo perfectamente que mi estudiante debe cumplir con todas las normas y reglamentos de conducta durante el viaje. Cualquier violación de estas reglas y regulaciones puede resultar que la escuela se ponga en contacto conmigo para organizar el transporte a casa para mi hijo a mi gasto completo.

Firma del Padre o Tutor legal

Fecha

Dirección donde los padres estén durante el viaje

Teléfono donde los padres pueden ser localizados durante el viaje

Padres/Guardianes Compañía de seguro de salud / MEDI-CAL

Numero de póliza