

PLACENTIA-YORBA LINDA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
1301 E. Orangethorpe Ave. Placentia, Ca. 92870
STUDENT PARTICIPATION IN VOLUNTARY FIELD TRIP
PARENTAL PERMISSION & MEDICAL TREATMENT AUTHORIZATION

School: _____ Teacher: _____ Grade: _____

NOTE: All field trip approvals are **Conditional**. Such trips are subject to modification or cancellation when the U.S. Department of Homeland Security announces either **High Condition (ORANGE)** or **Severe Condition (RED)**.

Destination: _____ Date(s) of Trip: _____

Special Instructions: _____

Type of Transportation: _____ Time of Departure: _____ Time of Return: _____

Leaving from: _____ Returning to: _____

* * * * * **Please tear here and keep the top portion. Return the bottom portion to the school.** * * * * *
To be completed by parent/guardian:

_____, _____ has permission to participate in the following Field Trip:
(Student's Last Name) (Student's First Name)

School _____ Field Trip Location: _____ Date(s): _____

Health or Special Needs: Check as appropriate.	
☐	My child has NO special needs the staff should be made aware of, and NO medication is required on this field trip
☐	My child has a special need and/or medication required on the field trip. Note: Attach instructions and location of medication. Number of attached pages: It is the responsibility of the parent to notify the school of any changes to their child's medication(s).
☐	Allergies. List: _____
☐	Other: _____

RELEASE NOT TO FILE A CLAIM/AUTHORIZATION TO TREAT A MINOR

For and in consideration of permitting the above named child to participate in the activity described above, I/we the undersigned, for him/herself and personal representatives, assigns, heirs, and next of kin, as well as for any minor for whom this Release and Covenant Not to File a Claim is executed, or that minor's personal representative, assigns, heirs and next of kin, hereby voluntarily RELEASES, WAIVES, DISCHARGES, AND COVENANTS NOT TO FILE A CLAIM against the Placentia-Yorba Linda Unified School District, its agents or employees, or the State of California for any injury, accident, illness or death occurring during or by reason of the activity, or any activities incidental to the field trip or excursion that is the subject of this authorization (Education Code Section 35330). The undersigned hereby acknowledges that he/she has been advised of all rules and safety regulations pertaining to this activity and the use of protective equipment by all participants. I/we understand these safety regulations will be enforced during all games and practices. I/we fully understand that participants are to abide by all rules and regulations governing conduct during this activity.

I/We the undersigned parent, parents, or legal guardian of the above named child, a minor, do hereby authorize and consent to any x-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis rendered under the general or special supervision of any member of the medical staff and emergency room staff licensed under the provisions of the Medicine Practice Act or a dentist licensed under the provisions of the Dental Practice Act and on the staff of any acute general hospital holding a current license to operate a hospital from the State of California Department of Public Health, (only if we have given permission above to receive medical attention and admission to a hospital for a medical emergency). It is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care being required but is given to provide authority and power to render care which the aforementioned physician in the exercise of his best judgment may deem advisable. It is understood that effort shall be made to contact the undersigned prior to rendering treatment to the patient but that any of the above treatment will not be withheld if the undersigned cannot be reached. This authorization is given pursuant to the provisions of Section 25.8 of the Civil Code of California. I/We agree to assume financial responsibilities for injuries sustained by my child.

I/We understand this field trip, activity, or event may be cancelled at any time for security reasons. Such trips are subject to modification or cancellation when the U.S. Dept. of Homeland Security announces either High Condition (Orange) or Severe Condition (Red). In the event of such cancellation by the District, I/we accept any and all financial risks or penalties imposed by any of the vendors providing services for travel, accommodations, or other trip-related services as a result of cancellation.

Parent/Guardian Signature _____ Parent/Guardian Print Name _____

Home Phone: (_____) _____ Work Phone: (_____) _____

Student's Signature if 18 or over, or if emancipated minor _____ Student's Date of Birth: _____

Name of Physician: _____ Phone Number: _____

Medical Insurance Company: _____ Policy Number: _____
(e.g., Kaiser)

If Parent/Guardian is not available, please notify: _____ For Religious Accommodation, a copy of the appropriate form must be attached.

Name: _____ Relationship: _____

Home Phone: (_____) _____ Work Phone: (_____) _____

If you wish to purchase student accident, medical and hospitalization insurance, please contact your school office.

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PLACENTIA-YORBA LINDA

1301 E. Orangethorpe Ave. Placentia, Ca. 92870

PARTICIPACIÓN DEL ALUMNO EN EXCURSIÓN VOLUNTARIA

PERMISO DE LOS PADRES Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO

Escuela: _____ Maestro/a: _____ Grado: _____

NOTA: Todas las aprobaciones para excursiones son **Condicionales**. Tales viajes están sujetos a modificación o cancelación cuando el Departamento de Estados Unidos de Seguridad de la Patria anuncia ya sea **Condición Alta (ANARANJADO)** o **Condición Severa (ROJO)**.

Destino: _____ Fecha(s) de viaje: _____

Instrucciones especiales: _____

Tipo de transportación: _____ Hora de salida: _____ Hora de regreso: _____

Saliendo de: _____ Regresando a: _____

* * * * * **Por favor recorte aquí y guarde la parte de arriba. Regrese la parte de abajo a la escuela.** * * * * *

Para ser llenada por el padre o guardián

_____ tiene permiso de participar en las siguientes excursiones:
(Apellido del alumno/alumna) (Nombre del alumno/alumna)

Escuela _____ Lugar de la excursión: _____ Fecha(s): _____

Salud o necesidades especiales: Marque lo que sea apropiado.	
☐	Mi hijo/hija NO tiene necesidades especiales de las que el personal deberá de estar enterado y NO se requiere medicación en esta excursión
☐	Mi hijo/hija tiene una necesidad especial y/o medicación es requerida en la excursión. Nota: Adjunte instrucciones y lugar de medicación. Número de páginas adjuntas: Es la responsabilidad del padre a notificar la escuela de los cambios de medicación de su hijo/hija.
☐	Por favor ponga cualquier alergia en una lista.
☐	Otro: _____

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD/ AUTORIZACIÓN PARA TRATAR A UN MENOR

Para y en consideración al permiso del niño antes mencionado, de participar en la actividad descrita arriba, yo, quien firma, por él/ ella y representantes personales, asigna, heredero, y familiar cercano, así como para cualquier menor por quien esta exoneración y Convenio de NO formular reclamo es expedida, o que el representante personal, asigna, heredero, y familiar cercano, voluntariamente por este medio LIBERA, RENUNCIA, QUITA, y ACCEDE A NO RECLAMAR en contra del Distrito Escolar Unificado Placentia Yorba Linda, a sus agentes o empleados, o al estado de California por cualquier lesión, accidente, enfermedad o muerte ocurrida durante o debido a la actividad, o cualquier actividad incidental al paseo o excursión sujeta a este permiso (Código de Educación Sección 35330). Quien firma, por medio de la presente, reconoce que él /ella ha sido notificado de todas las reglas y regulaciones de seguridad pertinentes a esta actividad y el uso de equipo de protección por parte de todos los participantes. Yo/ Nosotros entendemos que estas reglas de seguridad serán obligatorias durante todos los juegos y prácticas. Yo/ nosotros entendemos completamente que los participantes se apegarán a todas las reglas y regulaciones que rigen la conducta durante esta actividad.

Yo/ Nosotros el padre que firma, padres, o guardián legal del niño arriba mencionado, un menor, por medio de la presente autorizo y doy mi consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico proporcionado bajo la supervisión especial o general de cualquier miembro del personal de emergencia y sala de emergencia con licencia bajo la provisión del Decreto de Práctica Médica o un dentista con licencia bajo la provisión del Decreto de Práctica Dental y sobre el personal de cualquier buen hospital general con licencia vigente para operar, un hospital del Departamento de Salud Pública del Estado de California (solo si se nos ha dado permiso anteriormente para recibir atención médica y la admisión a un hospital por una emergencia médica). Se entiende que esta autorización se da previamente a cualquier diagnóstico específico, tratamiento, o cuidado de hospital requerido, pero se da para conferir autoridad y poder para proporcionar atención por el médico mencionado en el ejercicio de su mejor juicio para tomar la mejor decisión. Se entiende que se debe hacer un gran esfuerzo por contactar a la persona que firma, antes de proporcionar cualquier tratamiento al paciente pero que cualquiera de los tratamientos mencionados arriba no se detendrán si la persona que firma no puede ser localizada. Esta autorización es brindada de acuerdo con las provisiones de la Sección 25.8 del Código Civil de California. Yo/ Nosotros estamos de acuerdo en asumir las responsabilidades financieras por las lesiones de mi hijo(a).

Yo/ Nosotros entendemos que este paseo, actividad, o evento, puede ser cancelado en cualquier momento por razones de seguridad. Tales paseos están sujetos a cancelación o modificación cuando el Departamento de Seguridad de U.S. anuncia ya sean Condiciones de Riesgo (Naranja), o Condición Severa (Roja). En el evento de alguna cancelación por el Distrito, Yo/ Nosotros aceptamos todos y cada uno de los riesgos financieros o penalidades impuestas por los prestadores de servicios de viajes, estancias, o servicios relacionados con el paseo, como resultado de la cancelación.

Firma del padre o guardián
de teléfono en casa: _____

Nombre del padre o guardián (letra de imprenta)
de teléfono en el trabajo: _____

Firma del alumno si es menor de 18 años de edad o si el menor está emancipado _____

Fecha de nacimiento del alumno/a: _____

Nombre del medico: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguro Médico: (por ejemplo: Kaiser) _____ Número de póliza: _____

Para el alojamiento religioso, una copia de le forma apropiada debe ser atada.

Si el padre o guardián no está disponible, por favor notificar a:

Nombre: _____ Relación: _____

de teléfono en casa: _____ # de teléfono en el trabajo: _____

Si usted desearía comprar seguro médico y de hospitalización en caso de accidente, por favor póngase en contacto con la oficina de la escuela.