

VOLUNTARY EXCURSION/FIELD TRIP NOTICE AND MEDICAL AUTHORIZATION

Dear Parent/Guardian:

Kindly complete and return this form to **Teacher** _____

Name of Teacher Name of School
_____(Student Name) has my permission to participate in the
following voluntary activity:

Destination: _____
Departure Date & Time: _____ Return Date & Time: _____

In the event of illness or injury, I do 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 physician, surgeon, or dentist and performed by or under the supervision of a member of the medical staff of the hospital or facility furnishing medical or dental services.

As stated in California Education Code Section 35330, I understand that I hold the Hacienda La Puente Unified School District, its officers, agents, and employees harmless from any and all liability or claims, which may arise out of or in connection with my child's participation in this activity.

I fully understand that participants are to abide by all rules and regulations governing conduct during the trip as outlined in the "Annual Handbook" distributed in August/September. Any violation of these rules and regulations may result in that individual being sent home at the expense of his/her parent/guardian.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Student Signature: _____ Date of Birth: _____

Medical Insurance Carrier

Policy No.

Address

A special note to Parent/Guardian: (1) All drugs must be registered on this form; (2) All drugs, excepting those which must be kept on the student's person for emergency use, must be kept and distributed by the staff; (3) L) Check here if there are special problems that the staff should be aware of and no drugs are required on the trip; (4) If any medication or drugs are to be taken by student, list them here: (Name of drug and reason)

If your son or daughter has a special medical problem, kindly attach a description of that problem to this sheet.

EXCURSION VOLUNTARIA/AVISO DE PASEO ESCOLAR Y AUTORIZACION MÉDICA

Estimado Padre/Guardián:

Favor de llenar y regresar este formulario al **Maestro/a** _____

Nombre del Maestro/a

Nombre de la Escuela

_____ tiene mi permiso para participar en la siguiente actividad _____
Nombre del Estudiante

Destino: _____

Fecha de Partida y Horario: _____ Fecha y Horario de Regreso: _____

En el evento de que ocurra una enfermedad o daño, yo doy consentimiento para cualquier examen de radiografía, examen médico, anestesia, diagnóstico de cirugía o dental o tratamiento y cuidado de hospital que sean considerados necesarios en el mejor juicio del médico asistente, cirujano, o dentista y ejecutado o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o facilidad suministrando servicios médicos o dentales.

Como es declarado en el Código de Educación de California Sección 35330. Yo entiendo que yo no culparé al Distrito Escolar Unificado Hacienda La Puente, sus oficiales, agentes, y empleados de cualquier y toda responsabilidad o demanda, los cuales pudieran ocurrir o en conexión con la participación de mi hijo/a en esta actividad.

Yo entiendo completamente que los participantes obedezcan todas las reglas y reglamentos que gobiernen la conducta durante el paseo como está delineado en el "Folleto Anual" distribuido en agosto/septiembre. Cualquier violación a estas reglas y reglamentos pudiera resultar en que ese individuo sea regresado a casa y los padres serán responsables por los gastos.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Celular _____

Firma del estudiante _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Médico

Número de Póliza.

Dirección

Una nota especial para el Padre/Guardián" (1) Todas los medicamentos deben de ser registrados en este formulario; (2) Todos los medicamentos, excepto aquellos que deben de permanecer en la persona del estudiante para uso de emergencia, debe de ser mantenido y distribuido por el personal; (3) L Anotar aquí si hay problemas especiales que el personal deba de darse cuenta y de que no sean requeridos los medicamentos para el paseo; (4) Si algún medicamento debe de ser llevado por el estudiante, anotarlos aquí: (Nombre del medicamento y la razón)

Si su hijo o hija tiene un problema médico especial, favor de adjuntar esta hoja una descripción del problema.

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO HACIENDA LA PUENTE
City of Industry, California