

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: EL DORADO HS Maestro/a: Grado: 12

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: KNOTTS BERRY FARM Fecha(s) de viaje: 6-11-18

Instrucciones especiales: WEAR COMFORTABLE CLOTHING

Tipo de transportación: SELF DRIVEN Hora de salida: 9:00 AM Hora de regreso: 3:00 PM

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 EL DORADO HS Lugar de la excursión: KNOTTS BERRY FARM Fecha(s): 6-11-18

Table with 2 columns: Health/special needs, and specific instructions regarding medical care and medication during the excursion.

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 diagnostico 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:

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

Para el alojamiento religioso, una copia de la 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.

PLACENTIA-YORBA LINDA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

* MUST PRESENT THIS TO PURCHASE TICKET. *

1301 E. Orangethorpe Ave. Placentia, Ca. 92870

STUDENT PARTICIPATION IN VOLUNTARY FIELD TRIP

PARENTAL PERMISSION & MEDICAL TREATMENT AUTHORIZATION

School: EL DORADO HS Teacher: _____ Grade: 12

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: KNOTT'S BERRY FARM Date(s) of Trip: 6-11-18

Special Instructions: WEAR COMFORTABLE CLOTHING

Type of Transportation: SELF-DRIVEN Time of Departure: _____ Time of Return: 3:00PM

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 EL DORADO HS Field Trip Location: KNOTT'S BERRY FARM Date(s): 6-11-18

Table with 2 columns: Health or Special Needs: Check as appropriate. My child has NO special needs... My child has a special need... Note: Attach instructions and location of medication... 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).

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 Home Phone: ()

Parent/Guardian Print Name Work Phone: ()

Student's Signature if 18 or over, or if emancipated minor

Student's Date of Birth: _____

Medical Insurance Company: (e.g., Kaiser)

Policy Number: For Religious Accommodation, a copy of the appropriate form must be attached.

If Parent/Guardian is not available, please notify:

Name: _____

Relationship: _____

Home Phone: ()

Work Phone: ()

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