



Today's Fresh Start Charter School FIELD TRIP PERMISSION FORM



(PARENT PERMISSION, ASSUMPTION OF RISK AND MEDICAL TREATMENT AUTHORIZATION)

Date: _____

Student's Name _____ has permission to participate in field trips under the supervision of Today's Fresh Start Charter School.

Destination/ Nature of Activity: _____
(Please be specific, e.g. "Attend concert at UCLA")

Special Instructions: _____
(e.g. Bring sack Lunch)

Departure Date _____ Time: _____ Return Date: _____ Time: _____

Person in Charge: _____ Position: _____ School: _____

Type of Transportation: Vehicle/School Bus Walking Other: _____

Health or Special Needs: Check as appropriate.

	My student has no special health needs the staff should be aware of, and no medication is required on the trip.
	My student has a special need, and instructions are attached. Number of attached pages: _____
	Other: _____

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 and emergency transportation considered necessary in the best judgment of the attending physician, surgeon, or dentist and performed under the supervision of a member of the medical staff of the hospital or facility furnishing medical or dental services.

I fully understand that participants are to abide by all rules and regulations governing conduct during the trip.

As provided for in California Education Code Section 35330, I agree to waive all claims against Today's Fresh Start Charter School and hold the Los Angeles County Office of Education, and its officers, employees, and agents harmless from any and all liability or claims which may arise out of or in connection with my child's participation in this activity. This waiver however shall not apply to any occurrences which may arise solely out of the negligence of the District, its employees or agents.

Signature (Parent/Guardian) (Please Print Name) Work Phone () _____
Home Phone () _____

Student's Signature Student's Date of Birth

Family Medical Insurance Carrier: _____ Policy#: _____
(e.g. Blue Cross)

In the event of illness or accident, please notify:

(Name)

(Relationship)

Work :()

Home: ()



Today's Fresh Start Charter School
PERMISO DE PASEO ESCOLAR



(PERMISO DEL PADRE, ASUNCIÓN DEL RIESGO Y AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO MÉDICO)

Fecha: _____

Nombre Del Estudiante: _____ tiene permiso de participar en paseo al campo bajo supervisión de la escuelas Charter de Today's Fresh Start.

Destinación/Naturaleza de la Actividad: _____
(Sea por favor específico, e.g. "Atienda al concierto en UCLA")

Instrucciones Especiales: _____
(e.g. traiga el almuerzo del saco)

Fecha De la Salida: _____ Hora: _____ Fecha de Regreso: _____ Hora: _____

Persona Encargada: _____ Posición: _____ Escuela: _____

Tipo de transporte: Autobús De Escuela/Caro Caminado Otro: _____

Salud o necesidades especiales: Marke como Apropiado.

	Mi estudiante no tiene ninguna necesidad especial de la salud que el personal debe estar enterado de, y no se requiere ninguna medicación en el viaje.
	Mi estudiante tiene una necesidad especial, y se unen las instrucciones. Número de páginas unidas: _____
	Otro: _____

En el acontecimiento de la enfermedad o de lesión, consiento por este medio a cualquier examinación de radiografía, anestésico, diagnosis médica o tratamiento y cuidado y emergencia quirúrgicos o dentales del hospital consideraba necesaria en el mejor juicio del médico, del cirujano, o del dentista que atendía y realizado bajo supervisión de un miembro del personal médico del hospital o de la facilidad que equipaba servicios médicos o dentales.

Entiendo completamente que los participantes deben seguir todas las reglas y regulaciones que gobiernan conducta durante el viaje.

En la manera prevista para en la sección 35330 del código de la educación de California, acuerdo renunciar a todas las demandas contra la escuela Today's Fresh Start y sostener la oficina de condado de Los Ángeles de la educación, y a sus oficiales, empleados, y agentes inofensivos de cualesquiera y de toda la responsabilidad o demandas fuera de las cuales pueda presentarse o en la conexión con la participación de mi niño en esta actividad. Esta renuncia, no obstante no se aplicará a ninguna ocurrencias que puedan presentarse solamente fuera de la negligencia del distrito, de sus empleados o de los agentes.

de Trabajo() _____

Firma (Padre/ Guarda)

(Porfavor Escriva su Nombre)

de Casa () _____

Firma Del Estudiante

Fecha De Nacimiento del Estudiante

Seguro Médico De la Familia: _____ Política #: _____

(e.g. Blue Cross)

En el acontecimiento de la enfermedad o del accidente, notifique por favor

(Nombre)

(Relación)

de Trabajo:() _____

de Casa () _____