



**FIELD TRIP PERMISSION
EMERGENCY INFORMATION**

Date: September 19, 2018

School: Lakewood Elementary

Lakewood School 6th Grade (Teacher/Group/Club) is planning a field trip to (Destination) Mission Springs Outdoor School

on April 3-5 from April 3 at 8:00 a.m./p.m. to April 5 at 4:00 a.m./p.m.

The purpose of the field trip is: To learn more about science in a hands-on environment

Your son/daughter will be transported by:

- Walking
- Private Automobiles
- LUSD School Bus
- Commercial Transportation

_____ (My son /daughter's name) has my permission to participate in the field trip on 4/19-4/21 Date of trip)

X _____ Date: _____
(Parent/Guardian's signature permitting field trip)

It is mandatory that every student is offered a nutritious school lunch:

A sack lunch will be needed on Wednesday.

My son/daughter will:

- Have a lunch provided by the cafeteria.
- Bring a sack lunch from home.

Sack Lunch	
Pre-K – 8 th	\$2.50
Middle & High	\$3.00
Reduced	\$0.40
Free	No Charge

(TOP HALF OF THE FORM TO REMAIN IN SCHOOL OFFICE)

(TEACHER SHALL CARRY BOTTOM PART OF FORM WHILE ON FIELD TRIP)

PARENT/GUARDIAN: You must check line 1 or 2 to indicate action desired in the event of an accident or emergency.

1. ___ In the event of an accident or other emergency when a parent/guardian is unavailable, I hereby authorize a representative of the school to make such arrangements as he/she considers necessary for my child to receive medical or hospital care, including necessary transportation. Under such circumstances, I further authorize the physician named below to undertake such care and treatment of my child as he/she considers necessary. In the event said physician is not available at any time, I authorize such care and treatment to be performed by any licensed physician or surgeon.

I understand and acknowledge that in order to participate in these activities, my son/daughter and I agree to assume liability and responsibility for any and all potential risks that may be associated with participation in such activities.

I understand, acknowledge, and agree that the District, its employees, officers, agents, or volunteers shall not be liable for any injury/illness suffered by my son/daughter which is incident to and/or associated with preparing for and/or participating in this activity.

THE UNDERSIGNED HEREBY AGREES TO BEAR ALL COSTS INCURRED AS A RESULT OF THE FOREGOING.

Physician's Name: _____ Phone Number: _____

Health Insurance Provider: _____ Group ID#: _____

2. ___ I do not choose the above statement and desire the following action:

PARENT/GUARDIAN: Please indicate any physical/medical problems to be considered regarding this trip or any other necessary emergency treatment (medications, allergies, conditions, etc.)

_____ (Student's Name) School: Lakewood Elementary School Date: _____

X _____ Home Phone: _____ Alternate Phone: _____
(Parent/Guardian's signature allowing action indicated)

BOTH TOP HALF AND BOTTOM HALF MUST BE FULLY COMPLETED AND SIGNED TO PERMIT STUDENT PARTICIPATION



PERMISO DE PASEOS INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Fecha: 19 de septiembre, 2018
Escuela: la escuela Lakewood

El 6to Grado de la Escuela Lakewood (Maestro/a/Grupo/Club) planean un paseo a (Destio) Mission Springs Campo de Ciencias
en 4/3/19 - 4/5/19 desde las 4/3/19 a 8:00 a.m. p.m. hasta las 4/5/19 a 4:00 a.m. p.m.

El propósito de este paseo es para: _____

Su hijo/a sera transportado/a por:

- Caminando Automovil Privado Camión Escolar de LUSD Transportación Comercian

_____ (Nombre de mi hijo/a tiene permiso de participar en el paseo el _____ fecha del viaje)

X _____ Fecha: _____

(Firma de Padres/Guardian permitiendo paseo)

Es mandatorio que la escuela ofrezca un almuerzo saludable a cada estudiante:

Necesitamos una lonche para Miercoles.

Mi hijo/a:

- Obtendrá el almuerzo proveío por la cafetería.
 Llevará de casa su propio almuerzo.

Almuerzo	
Pre-K – 8 th	\$2.50
Secundaria	\$3.00
Preparatoria	\$3.00
Reducido	\$0.40
Gratis	Sin Costo

(MITAD SUPERIOR DE LA FORMA DEBE PERMANECER EN OFICINA DE LA ESCUELA)

(MAESTRO/A DEBE TENER LA PARTE INFERIOR CON EL/ELLA DURANTE EL PASEO)

PADRE/GUARDIAN: Marque la línea 1 o 2 para indicar la acción deseada en caso de accidente o de emergencia.

1. ___ En caso de accidente o de emergencia cuando un padre/guardian no están disponibles, autorizo por este medio a un representante de la escuela a tomar las medidas que él/ella considere necesarias para que mi niño/a reciba cuidado médico o de hospital, incluyendo el transporte necesario. Bajo tales circunstancias, autorizo al médico nombrado abajo emprender cuidado y tratamiento de mi niño/a que él/ella considere necesario. En el acontecimiento que el médico no está disponible en cualquier momento, autorizo tal cuidado y tratamiento que sea realizado por cualquier médico o cirujano autorizado y con licencia.

Entiendo y reconozco que para participar en estas actividades, mi hijo/a y yo asumiremos responsabilidad de cualesquiera y de todos los riesgos potenciales que se puedan asociar con a la participación en tales actividades.

Entiendo, reconozco, y convengo que el Distrito, sus empleados, oficiales, agentes, o los voluntarios no son culpables/responsables por ninguna lesión/enfermedad sufridas por mi hijo/hija asociadas durante la preparación o la participacion en esta actividad

EI INFRASCRITO POR ESTE MEDIO ACUERDA LLEVAR TODOS LOS COSTES CONTRAÍDOS COMO RESULTADO DEL PRECEDENTE.

Nombre de Doctor: _____ Número de Teléfono: _____

Abastecedor de Aseguranza: _____ Número de Grupo: _____

2. ___ No elijo la declaración antedicha y deseo la acción siguiente:

PADRE/GUARDIAN: Por favor indique cualquier problema físico/médico que sea considerado con respecto a este viaje o a cualquier otro tratamiento necesario de emergencia (medicaciones, alergias, condiciones, etc.)

_____ (nombre de estudiante) Escuela: la Escuela Lakewood Fecha: _____

X _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono Alterno: _____

(Firma de Padre/Guardian permitiendo la acción indicada)

LA MITAD SUPERIOR Y LA MITAD INFERIOR DEBEN SER TERMINADAS Y FIRMADAS COMPLETAMENTE PARA PERMITIR LA PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE