

**FIELD TRIP AUTHORIZATION FORM
PUTNAM CITY PUBLIC SCHOOLS**

I hereby acknowledge that my child is currently a student at Putnam City Public Schools (District) and will be participating in academic or extracurricular activities at another location.

Student's Name: _____ DOB: _____ / _____ / _____

Age: _____ Grade: _____ Teacher: _____

My child will be participating in _____ at the following location:
_____ on the following date(s): _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION:

Parent or Guardian Names: _____

Home #: _____ Cell _____ Work #: _____

Additional Contact Person(s): _____ Phone: _____

Physician's Name: _____ Phone _____

Health Insurance Carrier: _____ Policy #: _____

List allergies or special considerations for your child: _____

MEDICATION: If your child takes medication please complete the back side of this form.

CONSENT:

I understand that in the event of a medical emergency, 911/Emergency Medical Services will be called and my child will be transferred to a medical facility. I understand the arrangements and believe that the necessary precautions and plans for care and supervision of the children during the field trip will be taken. I understand that all applicable rules of the District will remain in effect during the course of the field trip and any violation of such rules will result in consequences in accordance with district policy upon return. I further understand that if my child is removed from this trip for any reason, no refunds will occur.

In consideration of the advantages of my child participating in this field trip, I hereby release the District, its officers, agents, employees, affiliates, and successors, and assigns from any and all liability, claims, and losses of every kind which I now have or which may accrue later and which relate to any action, inaction, or negligence arising out of, related to, or connected with my child's involvement in the aforementioned field trip. If my child is injured in any way during the course of the field trip, I agree to look to my own resources and/or my own insurance to cover any medical bills or other losses that I may suffer. By signing this document, I acknowledge that I have read this agreement, understand its contents, and am voluntarily agreeing to be bound by its terms and conditions. I hereby consent to my child's participation in and attendance on the aforementioned field trip.

Parent Signature: _____ Date: _____

Parent Name (print): _____

**Student may print and sign above if over 18 years of age.

Medication

Any medications that are typically taken during the school day and will need to be taken during the course of the field trip will follow regular District procedures in regards to frequency, dosage and method of administration.

If this is a new medication that is not currently being given or kept at school, I understand that this medication must be checked in through the school nurse/health aide the day **before** the field trip and all necessary school medication forms signed and completed. School personnel will not be allowed to administer any medications which do not have a pharmacy label (or a new, unopened container of age and dose appropriate over the counter medication) and signed permission slip on file with the school nurse.

_____ **Student already has medication at school with a signed permission form.**

Signature of parent/guardian

Printed name of parent/guardian

Date

_____ **I am sending a new medication. (Please complete the next section)**

New Medication(s)

Fill out and return to school with your child's medicine in the most current pharmacy's **ORIGINAL** container **WITH** prescription label or with the physician's order for sample medications.

May we have permission to contact the doctor's office to clarify this medication order? **Yes** **No**

Student: _____ DOB: _____

Medication (write med's name & strength as printed on label): _____

Dosage to be given at: _____ Med's expiration date: _____

Purpose of med: _____ Times to be given: _____

Doctor's name: _____ Phone #: _____

Number of pills sent to school: _____ Number of pills arrived at school: _____

Special Instructions: _____

Parent Signature: _____ Date _____

Nurse/Health Aide/Secretary Signature: _____ Date: _____

Student is carrying their emergency medication on the field trip (the appropriate form with the doctor's signature is on file at the school). "I hereby release Independent School District 1 of Oklahoma County, Oklahoma, the district commonly referred to as Putnam City Schools, its officers and its employees, from any and all liability resulting from my child carrying their asthma inhaler, epinephrine injector or diabetic supplies on this field trip."

Parent Signature: _____ Date: _____

NOTE: Copies of this form should be kept on file in main office, nurses' office and with trip sponsor.

**FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA PASEO
ESCUELAS PUBLICAS DE PUTNAM CITY**

Con esta reconozco que mi hijo es un estudiante actual en las escuelas públicas (distrito de) Putnam City y que participará en una actividad académica o extracurricular en otra localidad.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Edad: _____ Grado: _____ Maestro/a: _____

Mi hijo participará en _____ en la siguiente localidad:
_____ en la siguiente fecha(s): _____

INFORMACIÓN PARA CONTACTO DE EMERGENCIA: [SEP]

Nombre de los padres o guardianes: _____

Hogar #: _____ Celular _____ Trabajo #: _____

Persona adicional: _____ Teléfono: _____

Nombre de su médico: _____ Teléfono _____

Nombre seguro médico: _____ Póliza #: _____

Enliste alergias o consideraciones especiales de su hijo: _____

MEDICAMENTOS: Complete la parte de atrás de esta forma si su hijo toma medicamentos.

CONSENTIMIENTO:

Yo entiendo que en el evento de una emergencia médica, se llamarán los servicios médicos de emergencia/911 y mi hijo será transferido a una facilidad médica. Entiendo este acuerdo y creo que son necesarios el plan y precauciones que se llevarán a cabo para el cuidado y supervisión de los niños durante el paseo que harán. Entiendo que son aplicables todas las reglas del distrito y que permanecerán en efecto durante la duración del paseo y cualquier violación de estas reglas resultará en consecuencias de acuerdo a la política del distrito cuando el estudiante regrese a la escuela. También entiendo que no contaré con devolución monetaria si mi hijo es sacado de este paseo por cualquier razón.

En consideración de las ventajas que mi hijo tendrá al participar en este paseo, aquí mismo yo pongo en libertad al Distrito, sus oficiales, agentes, empleados, afiliados y sucesores y libero de cualquier y toda responsabilidad, demanda, reclamación, y perdidas de toda clase las cuales pudieran ocurrir más adelante y que estén relacionadas con cualquier actividad, inactividad o negligencia que pudiera ocurrir de, relacionado a, o conectado con la involucración de mi hijo en este mencionado paseo. Si mi hijo llegara a sufrir cualquier daño durante el transcurso del susodicho paseo, estoy de acuerdo en pagar por mi propia cuenta y/o usar mi propio seguro médico para cubrir cualquier recibo medico u otras perdidas que yo pudiera sufrir. Al firmar este documento reconozco que he leído este acuerdo y entiendo su contenido, y que acepto por mi propia voluntad la responsabilidad legal de sus términos y condiciones. Aquí mismo doy consentimiento para que mi hijo participe y asista en el susodicho paseo.

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

Parent Name (print): _____

****El estudiante puede poner su nombre en letra de imprenta y firmar si es mayor de 18 años de edad.**

Medicamentos

Cualquier medicamento que normalmente se tome durante horas escolares se necesitará tomar durante el curso de este paseo y seguirá los procedimientos regulares del Distrito relacionados con frecuencia, dosis y método de administración.

Si es un nuevo medicamento que no se mantiene actualmente o se administra en la escuela, entiendo que se debe registrar con la enfermera escolar el día **anterior** al paseo y llenar y firmar todas las formas médicas necesarias. No se le permite al personal escolar administrar medicamentos que no tengan una etiqueta farmacéutica (o medicamentos sin receta en contenedor nuevo, sin abrir de la edad y dosis apropiada) y un permiso firmado en el expediente de estudiante con la enfermera escolar.

_____ **El estudiante ya tiene medicamento en la escuela con una forma de permiso firmada.**

Firma del padre/guardián

Nombre en imprenta del padre/guardián

Fecha

_____ **Estoy mandando un medicamento nuevo. (Favor de completar la siguiente sección)**

Nuevo medicamento(s)

Llene y devuelva a la escuela con la medicina de su hijo en el contenedor farmacéutico **ORIGINAL** más reciente **CON** la etiqueta de la receta o con la orden del médico para medicamentos de muestra.

¿Nos autorizan a contactar la oficina de su médico para clarificar la orden de este medicamento? **Sí** **No**

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Medicamento (escribe el nombre y potencia de acuerdo a la etiqueta): _____

Horario de dosis: _____ Fecha de caducidad: _____

Propósito del medicamento: _____ Cuantas veces: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono #: _____

Numero de píldoras que se mandan a la escuela: _____ Numero de píldoras que llegaron a la escuela: _____

Instrucciones especiales: _____

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

Firma de enfermera/asistente/secretaria: _____ Fecha: _____

El estudiante lleva consigo su medicamento de emergencia durante el paseo (la forma apropiada con la firma del médico se encuentra en el expediente escolar). “Yo dejo en libertad al Distrito Escolar Independiente 1 del condado de Oklahoma, el distrito comúnmente conocido como Putnam City Schools, sus oficiales, y sus empleados, de toda y cualquier responsabilidad que pudiera resultar de que mi hijo lleve consigo en este paseo su inhalador para el asma, inyección de epinephrine o artículos para diabéticos.”

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

NOTA: Se deben mantener copias de este documento en la oficina de la escuela , con la oficina de la enfermera y una con el patrocinador del paseo.