

Orange Unified School District

VOLUNTARY EVENT/FIELD TRIP PERMISSION AND MEDICAL AUTHORIZATION – MINOR

To be completed by parent/guardian and collected/maintained by teacher / trip organizer

Dear Parent/Guardian: Kindly complete and return this form to Mrs. Bastida
(Teacher / Person in charge of event/field trip)

I hereby authorize (student's name) _____ to participate in the following event/field trip:

Description of event/field trip: 8th gr trip Destination: Knotts Berry Farm

Date of event/field trip: June 2, 2022 Departure time: 9:30 am Return time: 6:30 pm

Mode of transportation (i.e.: walk, district bus): District bus Suggested Donation: Tickets cost 35.00

Suggested attire: Appropriate clothing only. Students not dressed appropriately will not be allowed to go.

_____ It is extremely important to be aware of any medical condition/problem and/or medications a student is required to take when going on an event/field trip. Please list any medical conditions and/or medications that we should know about.

Medical Condition/Severe Allergies

Treatment/Limitations

Any student who needs to take medication while on a field trip **MUST** have a written permission from both the parent and the physician, as well as provide the medication in the original, labeled container. A staff person must keep the medication with them at all times unless previous arrangements have been made (i.e.: student has written permission on file to carry medication, such as an asthma inhaler).

No Refunds

**** Have your physician fill out this section ONLY if student needs to take medication during event/field trip ****

Name of Medication

Dose

Time(s) of Administration

Physician Signature (if not on file)

Date

*If your student already has medication at school that they take on a daily basis, you may contact the Health Office and arrange, **prior to the event/ field trip**, for their medication, along with the permission forms to be sent on the event/field trip. If you do not contact the Health Office, it will be assumed they will not be taking their medication unless you make other arrangements.

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 agree to hold Orange 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/field trip/event.

I fully understand that participants are to abide by all rules and regulations governing conduct during the event/field trip. 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's Birth date: _____

Medical Insurance Carrier: _____

Subscriber's ID #: _____

Emergency Contact: _____

Phone: _____

Distrito Escolar Unificado de Orange

PERMISO PARA EVENTO/EXCURSIÓN VOLUNTARIO Y AUTORIZACIÓN MÉDICA - MENOR

Debe ser completado por padres /tutor y colectado / mantenido por el/la maestro/a o persona responsable de la excursión

Estimados padres /tutores: Por favor complete y devuelva ésta forma a Mrs. Bastida
(maestro/a o persona responsable de la excursión)

Por la presente, autorizo a (nombre del estudiante) _____ que participe en la siguiente evento/excursión:

Descripción de evento/excursión: Paseo de 8vo grado Destino: Knott's Berry Farm

Fecha de evento/excursión: 2 de Junio, 2022 Hora de salida: 9:30am Hora de retorno: 6:30 pm

Modo de transporte (es decir: a pie, autobús escolar) Autobus escolar Donación Sugerida: Boletos \$35.00

Vestimenta sugerida: vestimenta apropiada o de lo contrario no podrán ir al paseo

Es extremadamente importante tener conocimiento de cualquier condición/problema y/o medicinas que un estudiante requiera tomar cuando participe en una excursión. Por favor indique cualquier condición médica y/o medicamentos que deberíamos saber.

Condición Médica / Alergias Severas

Tratamiento / Limitaciones

Cualquier estudiante que necesite tomar medicamentos mientras está en una excursión DEBE tener un permiso escrito por ambos los padres y el médico, y también proporcionar el medicamento en su envase original, etiquetado. Un miembro del personal debe mantener la medicación con ellos en todo momento a menos que se han hecho arreglos anteriores (por ejemplo: el estudiante tiene un permiso por escrito y archivado para llevar medicación con él/ella como un inhalador para el asma).

**** El médico necesita llenar esta sección SOLAMENTE si el estudiante necesita tomar medicamentos durante la excursión ****

Nombre del medicamento

Dosis

Tiempo de administración

Firma del Médico

Fecha

Número de teléfono

*Si su hijo/a toma medicamentos en la escuela diariamente, usted puede comunicarse con la oficina de salud y hacer los arreglos necesarios antes del evento, para que el medicamento junto con el permiso acompañe a su hijo/a el día del evento. Si usted no se pone en contacto con la oficina de salud, supondremos que su hijo/a no va a tomar medicamentos a menos que usted haga otros arreglos.

En el evento de enfermedad o lesión, doy consentimiento de cualquier rayos -X, examinación, anestésico, medico, cirugía o dental diagnóstico o tratamiento y cuidado de hospital que sean considerado necesarios en el mejor juicio del doctor, cirujano, o dentista que lo atienda y actuando por o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o instalación que proporciona servicios médicos o dentales.

NO DEVOLUCIONES

Como se señala en el Código de Educación Sección 35330, estoy de acuerdo a eximir de toda responsabilidad a el Distrito Escolar Unificado de Orange, sus oficiales, agentes y empleados inofensivos de cualquier y toda responsabilidad o demanda la cual puede surgir de o en conexión con la participación de mi hijo/a en este evento/excursión/actividad.

Yo entiendo completamente que los participantes deben cumplir con todas las reglas y normas que gobiernan la conducta durante la excursión/evento. Cualquier violación de éstas reglas y normas puede resultar en que el individuo sea enviado a casa al costo de sus padres/tutor.

Firma de los Padres/Tutor: _____

Fecha: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento del Estudiante: _____

Compañía de Seguro Médico: _____

de ID del Suscriptor: _____

Contacto de emergencia: _____

Teléfono: _____