ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

2022-2023

School-sponsored Field Trip Procedures And Timelines

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

School-sponsored Field Trip Procedures and Timelines

Table of Contents

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

Summary Chart of
School-sponsored Field Trip Procedures and Timelines

School-Sponsored trips require the completion of a number of forms:

SF-112	General Waiver, Release and Indemnity for Field Trip Form (**1 form per student on file at school each year.)**
SF-113	School-sponsored Field Trip Request Form
SF-114	Study Trip Notice and Permission Slips Form
SF-118	Medical Request Form (**1 form per student on file at school each year**)
TD-302	Transportation Field Trip Request and Charge Authorization
PUR-105	submit original to Academic Services online through **Informed K-12** https://app.informedk12.com/link_campaigns/travel-approval-form-electronic-form?token=TCmSxtohzWU8ssJeKANjvt4G
CNS-101	Student Field Trip Bag Lunch Request Form
CNS-102	CNS Field Trip Bag Lunch Request Form (**Forms must be completed even when no lunches are required to allow CNS to adjust the amount of food ordered and/or prepared at the school.**)
SF-116	Field Trip by Private Vehicle Form
SF-117	Vehicle Assignment List
RM-101	Certificate of Insurance Request Form

All Field Trip paper work must first be completed and turned in for approval to State & Federal Department 30 days prior to field trip.

Principal's approval

Make sure ALL forms are completely filled out and completed on time:

- Purpose of trip
- Objectives: CA. Standards that will be learned by attending trip (write out key standards – do not give just the numbers.)
- Health Aide has reviewed student list and identified students with medical needs - Signature
- Cost and Account to be charged

Field Trips within Santa Clara County only require the Principal's signature/approval and the required paper work must be approved and on file in State & Federal Programs Office at **least 30 days prior to field trip.**

Field Trip outside Santa Clara County and/or ALL overnight trips:

- Require the Principal's signature/approval
- All paperwork must be on file in State & Federal Programs Office by deadline **(see attached calendar) to ensure Board approval. (30 days before Board meeting date).**
- School will receive notice of approval per Board Meeting Minutes

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

School-sponsored Field Trip Approval Deadlines

2022-2023

All Out-of-County and Overnight Field Trips Request Forms must be submitted to State & Federal Programs Office to receive Board Approval by the due dates listed below:

State and Federal Programs due date:	Board Meeting Date
August 08, 2022	September 08, 2022
September 13, 2022	October 13, 2022
October 10, 2022	November 10, 2022
November 15, 2022	December 15, 2022
December 12, 2022	January 12, 2023**
January 09, 2023	February 09, 2023**
February 09, 2023	March 09, 2023**
March 13, 2023	April 13, 2023**
April 11, 2023	May 11, 2023**
May 08, 2022	June 08, 2023**
Board meetings dates are subject to change. **Pending Board approval at December 2022 Board meeting	

GUIDELINES FOR SCHOOL-SPONSORED FIELD TRIP

School-sponsored trips are defined as Educational Trips or Celebratory Trips All school-sponsored field trips shall conform to the District's Policies and Regulations (BP and AR 6153).

1. All trips must be aligned with the California State Standards.
2. No trips may take place during testing windows.
3. Each class may have a maximum of three curriculum-related field trips per year, except by special arrangement.
4. Students who do not have a written permission slip are not allowed to participate.
5. Educational field trips comprise a part of the curriculum; therefore **students may not be excluded for punitive purposes.**
    - Principals may exclude any student whose presence on the trip poses a safety risk.
    - A teacher of a student in need of close supervision may suggest the parent attend the field trip.
    - Field trips require the full attention of all adult supervisors. Non-student participants, including the children of supervisors/chaperones, are **not** permitted on the field trip.
6. **Trip request forms must be completed and submitted to principal in a timely manner as shown on Field trip Procedures page 1(SF-108). Field trips will not be approved if timelines are not met.**
7. When utilizing privately owned vehicles make sure drivers meet all criteria and complete all forms. (PRIVATE VEHICLE DRIVER GUIDELINES pg. 22 SF-115)
8. When utilizing a bus, see pg. 19 TD-301
9. **The Board of Trustees must approve all overnight and out of county field trips before the trip date. Principals must submit the completed School-Sponsored Field Trip Request Form pg.12 (SF-113) to the Director of State & Federal Programs or designee 30 days before the trip.**
10. CELEBRATORY TRIPS
    1. Celebratory trips are defined as end-of-the-year activities for graduating classes. This **one** special trip is exempt from the class limit of three trips per year.
    2. All appropriate field trip forms must be completed and processed in a timely manner.

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

Forms: All field trip forms are available on our intranet or from the print shop (in NCR form).
Teacher: Complete all necessary forms as indicated following timelines listed below.
Principal or designee: Ensure all required forms below are completed, signed, and distributed adhering to timelines.

School-Sponsored Field Trip Process Check-off List

Teacher Name:_____ School Name: _____

Field Trip Destination:_____ Date of Trip: _____

Date when completed or NA *(not applicable)*:

___ SF-112 Waiver, Release and Indemnity Form (English, Spanish & Vietnamese) ___ SF-118 Medical Request Form (English, Spanish & Vietnamese)	Must be filed in the school office at the beginning of each school year. If not, complete and file before every Field Trip date.
___ SF-113 School-sponsored Field Trip Request Form ___ SF-114 Study Field Trip and Permission Slip (English, Spanish & Vietnamese)	Required for every field trip including overnight or out of the county field trips, walking field trips, music performances, and sports-related trips. Submit to State and Federal Department 30 days prior to the Field Trip date.
Read Field Trip Guidelines for using buses: ___ TD-302 Transportation Field Trip Request & Charge Authorization Form	Form must be completed regardless of Mode of Transportation. Submit to the Transportation Department. Attach a copy to the School-sponsored Field Trip Request Form to State and Federal Department 30 days prior to the Field Trip date.
___ CNS-100 Child Nutrition Services Order Form	Submit to the Kitchen 30 days in advance if students will be off campus during lunch. School is required to send form home. Attach a copy to the School-sponsored Field Trip Request Form to State & Federal Department 30 days to Field Trip date.
___ PUR-105 Travel Approval Form	Form must be completed for employee(s) participating on field trips. Submit to Academic Services, online through **Informed K-12**
Read "Private Vehicles Driver Guideline" ___ SF-116 Field Trip by Private Vehicle Form ___ SF-117 Vehicle Assignment List ___ RM-101 Certificate of Insurance Request Form	Submit all required paperwork: Field trip information, car insurance, driver license, etc., to State & Federal Department 30 days prior to the Field Trip date.

I have completed all necessary steps as shown above.

Teacher Signature: _____ Today's Date:_____

Principal's Signature: _____ Today's Date: _____

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

GENERAL WAIVER, RELEASE, and INDEMNITY FOR FIELD TRIP

(If medical attention required, medical request form SF-118 is required.)

Name of Student: _____ School Year_____

School: _____ Teacher(s):_____

This form must be on file before any student can go on a field trip.

I understand that there are risks and dangers inherent in participating in outdoor activities. I also understand that in order to be allowed to participate in this activity, I must give up my rights to hold the Alum Rock Union Elementary School District, its Trustees, employees, and volunteers liable for any injury or damage which I may suffer while participating in this activity. Knowing this and in consideration of being permitted to participate in this activity, I hereby voluntarily release the Alum Rock Union Elementary School District, it's trustees, employees, and volunteers from any and all liability resulting from or arising out of my participation in this activity.

I understand and agree that this Agreement will have the effect of releasing, discharging, waiving, and forever relinquishing any and all actions or causes of action that I may have or have had, whether past, present, or future, whether known or unknown, and whether anticipated or unanticipated by me, arising out of my participation in this activity. This Release constitutes a complete release, discharge, and waiver of any and all actions or causes of action against the Alum Rock Union Elementary School District, its Trustees, employees, and volunteers.

I understand and agree that this Agreement applies to personal injury, property damage, or wrongful death, which I may suffer, even if caused by the negligent acts or omissions of others. I understand and agree that by signing this Agreement, I am assuming full responsibility for any and all risk of death or personal injury or property damage that I may suffer while participating in this activity. I understand and agree that by signing this Agreement, I am agreeing to release, indemnity, and hold the Alum Rock Union Elementary School District, its Trustees, employees, and volunteers harmless from any and all liability or costs, including attorney's fees, associated with or arising from my participation in this activity.

I hereby release Alum Rock Union Elementary School District, its offers, agents or employees, to arrange for my medical treatment, if necessary, at my expense. In the event I am unable to give instructions for medical care, full authorization is given to any licensed physician and/or surgeon to whom I am taken, to treat, administer drugs and medication, and perform surgical treatment, as he or she shall think the existing emergency requires, for the relief of pain and/or the preservation of life and/or health and well-being. I understand that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care being required; instead it is given to provide the authority and power to the Alum Rock Union Elementary School District to be in a position to make necessary arrangements for attempting to secure reasonable care under emergency circumstance. Any costs incurred in this connection not covered by my insurance shall be paid by me.

I understand and agree that this Agreement will be binding on me, my parents and siblings, spouse, my heirs, my personal representatives, my assigns, my children, and any guardian ad litem for said children. I understand and agree that if I am signing this Agreement on behalf of my minor child, that I will be giving up the same rights for said minor as I would be giving up if I signed this document on my own behalf.

I acknowledge that I have read this Agreement and that I understand the words and language in it. I have been advised of the potential dangers incidental to participating in this activity.

Statement of Good Health: Participant, or their parent/guardian, represent that s/he is in good physical condition to engage in this activity. If said physical condition changes, participant will voluntarily withdraw from the activity.

Each participant is hereby advised to consult a physician prior to enrolling in a strenuous physical activity.

PARENT/GUARDIAN RELEASE:

I am the parent/legal guardian of _____, and I am signing this document on behalf of said minor.

_____	_____	_____
Print Name of Parent/Guardian	Signature of Parent/Guardian	Date

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

RENUNCIA GENERAL, EXONERACIÓN e INDEMNIZACIÓN POR EXCURSIONES

(En caso de necesitarse asistencia médica, se requiere llenar el formulario SF-118.)

Nombre del Estudiante: _____ Curso Escolar: _____

Escuela: _____ Maestro(s): _____

Este formulario debe ser llenado antes que cualquier niño participe en una excursión.

Comprendo que existen riesgos y peligros relacionados con la participación en actividades al aire libre. También comprendo que para autorizar la participación en esta actividad, debo renunciar al derecho de hacer responsables al Distrito Escolar Elemental Unificado de Alum Rock, a los miembros de su dirección, a sus empleados y al personal voluntario en caso de ocurrir lesiones o daños como resultado de la participación en esta actividad. Conociendo esto y en consideración de haber permitido la participación en estas actividades, voluntariamente exonero de toda responsabilidad al Distrito Escolar de Alum Rock, a sus directivos, a sus empleados y al personal voluntario de lo que resulte producto a la participación en esta actividad.

Comprendo y estoy de acuerdo que este Convenio tendrá el efecto de exonerar, eximir, renunciar y ceder el derecho para siempre de tomar cualquier acción o encausar por algo que haya sucedido ya sea en el pasado, el presente o el futuro, conocido o desconocido, anticipado o imprevisto por mí producto a la participación en esta actividad. Esta renuncia constituye una exoneración completa, liberación y exención de cualquier acción o causa de acción en contra del Distrito Escolar Elemental Unificado de Alum Rock, los miembros de su dirección, sus empleados y personal voluntario.

Comprendo y estoy de acuerdo que este Convenio se aplica en casos de lesiones personales, daño a la propiedad o fallecimiento accidental que pudiera suceder aún cuando las causas sean producidas por actos de negligencia u omisiones de otros. Comprendo que al firmar este Convenio, estoy asumiendo completa responsabilidad por cualquiera y todos los riesgos de fallecimiento, lesiones personales y daños a la propiedad que pueda sufrir durante la participación en esta actividad. Comprendo y estoy de acuerdo que al firmar este Convenio acepto exonerar de reparaciones o hacer responsables al Distrito Escolar de Alum Rock, a sus directivos, a sus empleados y al personal voluntario por daños y por las responsabilidades de costos, incluyendo los pagos de procuraduría asociados con mi participación en esta actividad.

De esta forma doy libertad al Distrito Escolar de Alum Rock, a sus directivos y empleados para realizar los ajustes de mi tratamiento médico, si es necesario, a ser pagado por mí. En caso que no me sea posible dar instrucciones para la atención médica, doy completa autorización a cualquier especialista licenciado o cirujano al que sea remitido para tratarme, administrarme drogas o medicamentos y realizar operaciones quirúrgicas como se requiera ante la emergencia presente para el alivio del dolor y la preservación de la vida, la salud y el bienestar. Comprendo que esta autorización ha sido dada por adelantado ante cualquier diagnóstico específico, tratamiento o cuidado de hospital que se requiera; y tiene la intención de proveer la autoridad y el poder al Distrito Escolar Elemental Unificado de Alum Rock para estar en la posición de hacer los ajustes necesarios de asegurar el cuidado razonable bajo circunstancias de emergencia. Cualquier costo que se vincule a esta operación y que no sea cubierto por mi compañía de seguros deberá ser pagado por mí.

Comprendo y estoy de acuerdo en que este Convenio será obligatorio para mí, mis padres, mis hermanos, esposo(a), mis herederos, representantes personales, beneficiarios, mis hijos y para cualquier tutor legal "ad litem" de dichos hijos. Comprendo que si estoy firmando este Convenio en nombre de mi hijo menor de edad, estoy renunciando a los mismos derechos para el menor como lo haría si el documento fuera firmado en mi propio nombre.

Reconozco que he leído este Convenio y que entiendo las palabras y el lenguaje utilizado en el mismo. He sido informado(a) sobre los peligros potenciales relacionados con la participación en esta actividad.

Declaración de Buena Salud: Los participantes o sus padres / tutores declaran estar en buenas condiciones físicas para participar en esta actividad. Si tales condiciones físicas cambian, los participantes se retirarán voluntariamente de esta actividad.

Se aconseja que cada participante consulte un especialista antes de alistarse a participar en una actividad física agotadora.

EXONERACIÓN DE PADRES / TUTORES:

Soy el padre / tutor legal de _____, y firmo este documento en nombre de dicho menor.

Imprimir el Nombre del Padre / Tutor	Firma del Padre / Tutor	Fecha

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

KHÔNG ĐƯỢC KIỆN TỤNG và KHÔNG ĐƯỢC ĐÒI TIỀN BỒI THƯỜNG CHO CHUYẾN ĐI CHƠI XA ĐỂ HỌC HỎI
(Nếu cần giúp đỡ về mặt y tế thì bắt buộc phải điền mẫu đơn SF-118 cần được giúp đỡ về y tế.)

Tên và Họ của Học Sinh:_____ Niên Học: _____

Trường Học: _____ Tên Giáo Viên: _____

Mẫu đơn này phải được điền trước và nộp lại để học sinh có thể đi chuyến đi chơi xa để học hỏi.

Tôi hiểu rằng có những rủi ro và nguy hiểm có thể xảy ra khi tham gia vào các sinh hoạt ngoài trời. Tôi cũng hiểu rằng để được phép tham gia vào sinh hoạt này, tôi không được quyền kiện tụng: Học Khu Alum Rock Union Elementary School District, các Ủy Viên của Ban Hội Đồng Quản Trị, nhân viên nhà trường và các tình nguyện viên cho bất cứ thương tích hoặc thiệt hại nào mà có thể xảy ra cho tôi khi tôi tham gia trong sinh hoạt này. Biết được điều này và để được phép tham gia vào sinh hoạt này, tôi không được quyền bắt Học Khu Tiểu Học Alum Rock Union, các Ủy Viên của Ban Hội Đồng Quản Trị, nhân viên nhà trường và các tình nguyện viên chịu trách nhiệm về những rủi ro xảy ra cho tôi trong chuyến đi chơi xa này.

Tôi hiểu và đồng ý rằng Thỏa Thuận này sẽ không cho, không được quyền, không được cho phép và mãi mãi không được kiện tụng bất cứ và tất cả các hành động hoặc các nguyên nhân mà có thể xảy ra cho tôi hoặc đã xảy ra cho tôi, ở quá khứ, hiện tại hoặc trong tương lai, mặc dù đã biết được hay không biết được, và tôi biết trước được hay không biết trước được, xảy ra trong khi tôi tham gia vào sinh hoạt này. Thỏa thuận này không cho, không được quyền, và không được cho phép kiện tụng bất cứ và tất cả các hành động hoặc các nguyên nhân của hành động đối với Học Khu Elementary Alum Rock Union, các Ủy Viên của Ban Hội Đồng Quản Trị, nhân viên nhà trường và có tình nguyện viên.

Tôi hiểu và đồng ý rằng Thỏa Thuận này được áp dụng cho thương tích cá nhân, thiệt hại về tài sản, hoặc chết một cách vô lý, mà có thể xảy ra cho tôi, mà xảy ra vì những hành vi lơ là hoặc sơ ý của người khác. Tôi hiểu và đồng ý rằng khi ký tên vào Thỏa Thuận này, tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm cho bất cứ và tất cả rủi ro về cái chết hoặc thương tích cá nhân hoặc thiệt hại về tài sản mà có thể xảy ra cho tôi khi tôi tham gia vào sinh hoạt này. Tôi hiểu và đồng ý rằng khi ký tên vào Thỏa Thuận này, tôi đồng ý không được kiện tụng và không được đòi tiền bồi thường đối với Học Khu Alum Rock Union Elementary School District, các Ủy Viên của Ban Hội Đồng Quản Trị, các nhân viên nhà trường và các tình nguyện viên, không có trả những chi phí như: tiền chi phí cho luật sư hay chi phí xảy ra cho tôi khi tôi tham gia vào sinh hoạt này.

Tôi cho phép Học Khu Alum Rock Union Elementary School District, được cho phép, người đại diện hoặc nhân viên nhà trường, để lo về việc y tế của tôi, nếu cần, chi phí tôi phải trả. Trong trường hợp tôi không thể chỉ người khác để chăm sóc cho tôi thì bất cứ bác sĩ nào và/hay bác sĩ có ngành chuyên môn có được đầy đủ ủy quyền để chăm sóc, điều trị, cho toa thuốc và cho uống thuốc, và được phép phẫu thuật, mà bác sĩ nghĩ là cần phải mổ ngay, để giảm đau và / hoặc giữ mạng sống và / hoặc có sức khỏe và khỏe mạnh. Tôi hiểu rằng sự cho phép này được đưa ra trước bất cứ sự chẩn đoán nào, trước bất cứ sự điều trị nào hoặc trước khi được chăm sóc tại bệnh viện; thay vào đó, Học Khu Alum Rock Union Elementary School District được quyền và có quyền quyết định trong trường hợp khẩn cấp. Bất cứ chi phí nào không được bảo hiểm trả thì tôi phải trả chi phí đó.

Tôi hiểu và đồng ý rằng Thỏa Thuận này sẽ ràng buộc với tôi, với cha mẹ tôi và với anh chị em tôi, người phối ngẫu của tôi, người thừa kế của tôi, người đại diện cho tôi, người được tôi ủy thác, con của tôi và bất cứ người giám hộ nào. Tôi hiểu và đồng ý rằng nếu tôi ký tên vào Thỏa Thuận này thay mặt cho trẻ vị thành niên của tôi, tôi sẽ không có được quyền giống như trẻ vị thành niên nói trên vì tôi sẽ không có được quyền nếu tôi đã tự ký tên của tôi vào tài liệu này.

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc Thỏa Thuận này và tôi hiểu các từ và ngôn ngữ trong đó. Tôi đã được thông báo về những rủi ro có thể xảy ra khi tôi tham gia vào sinh hoạt này.

Xác nhận là khỏe mạnh: Người tham gia, hoặc cha mẹ của họ / người giám hộ của họ, người đại diện cho rằng người đó khỏe mạnh để tham gia vào sinh hoạt này. Nếu tình trạng sức khỏe có thay đổi, người tham gia sẽ tình nguyện không tham gia vào sinh hoạt.

Mỗi người tham gia nên tham khảo ý kiến với bác sĩ trước khi ghi danh vào một sinh hoạt tập thể dục để được dai sức.

PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ CHO PHÉP:

Tôi là phụ huynh/người giám hộ của _____, và tôi ký tên trên tài liệu này thay mặt cho trẻ dưới tuổi vị thành niên.

Viết Chữ In Tên của Phụ Huynh/Người Giám Hộ	Phụ Huynh/Người Giám Hộ Ký Tên	Ngày

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

MEDICAL REQUEST FORM

Date of Trip: _____ Destination: _____

Teacher(s): _____ Today's Date: _____

Participant's Name: _____ Age: _____

Contact Information:

Home_____ Cell: _____ Work: _____

This form must be on file before student can go on fieldtrip.

Please answer YES or NO to each question listed below. Every question must be answered before attending the trip. A YES does not automatically disqualify participants from attending the trip. The information is simply to provide the guide(s) and Outdoor Activities director an assessment of each participant's medical history before heading into the field. This information will remain confidential.

1. Respiratory problems? Asthma?	YES	NO	6. Neurological problems? Epilepsy?	YES	NO
If yes, do they carry an inhaler?	YES	NO	Migraines?	YES	NO
2. Diabetes	YES	NO	7. Cardiac problems? If yes, please list in space provided.	YES	NO
If yes, do they use insulin? And how often?	YES	NO			
3. Any hip, ankle, shoulder, arm, or back injuries/operations? If yes, circle body part and list date of injury.	YES	NO	8. Any allergies? If yes, please specify.	YES	NO
4. Are they allergic to insect bites or bee stings? If yes, do they carry an epinephrine pen?	YES YES	NO NO	9. Food allergies? Dietary restrictions? Vegan? Vegetarian? If yes, please specify?	YES YES	NO NO
5. Do they take any medications? If yes, please list medications and symptoms in adjacent box.	YES	NO	List medications and symptoms here.		

Medication: Dosage (amount, Freq) Side effects/Restrictions

_____

_____

Swimming Ability if applicable: Non-swimmer: _____ Recreational: _____ Competitive: _____

Please list any medical or physical problems that are not covered in the above listed questions that may affect their participation in this class trip. Write N/A if it is not applicable.

_____

_____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION:

Name: _____ Name: _____

Relationship: _____ Relationship: _____

Phone: _____ Phone: _____

Parent/Guardian of the child listed above, gives permission for any adult employee/volunteer of Alum Rock Union Elementary School District in whose care said minor child has been entrusted to seek emergency medical care for my child at a nearby hospital or medical clinic in the event of illness or injury. I, the parent/guardian, will assume any and all financial responsibility for such emergency medical care.

_____

Print Name (guardian) Sign Name (guardian) Date

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA

Fecha de la Excursión (o viaje): _____ Destino: _____

Maestro(s): _____ Fecha de hoy: _____

Nombre del Participante: _____ Edad: _____

Información del Contacto de Emergencia:

Hogar: _____ Celular: _____ Empleo: _____

Este formulario debe ser llenado antes que cualquier niño participe en un excursión.

Por favor, responda sí o no a cada pregunta en la lista a continuación. Cada pregunta debe ser contestada antes de asistir a la excursión o viaje. Una respuesta de SÍ no descalifica automáticamente a los participantes para participar en la excursión. La información brindada es simplemente para ofrecer al guía y al Director de las actividades al aire libre una evaluación de la historia médica de cada participante antes de comenzar la excursión. Esta información se mantendrá de forma confidencial.

1. ¿Problemas respiratorios? ¿Asma? Si la respuesta es sí, diga si el participante utiliza el inhalador.	SÍ SÍ	NO NO	6. ¿Problemas neurológicos? ¿Epilepsia? ¿Migrañas?	SÍ SÍ	NO NO
2. ¿Diabetes? si la respuesta es sí, diga si utiliza insulina y con qué frecuencia.	SÍ SÍ	NO NO	7. ¿Problemas cardíacos? Si la respuesta es sí, indique en el espacio adecuado.	SÍ SÍ	NO NO
3. ¿Alguna operación o lesiones en la cadera, tobillo, hombro, brazo o la espalda? Si la respuesta es sí, circule la parte del cuerpo y escriba la fecha de la lesión.	SÍ	NO	8. ¿Alguna alergia? Si la respuesta es sí, por favor especifique.	SÍ	NO
4. ¿Alguna alergia a picadas de insectos o de abejas? Si la respuesta es sí, diga si transporta una dosis de epinefrina.	SÍ SÍ	NO NO	9. ¿Alergias a alguna comida? ¿Restricciones de dieta? ¿Vegano? ¿Vegetariano? Si la respuesta es sí, por favor especifique.	SÍ SÍ	NO NO
5. ¿Toma algún medicamento? Si la respuesta es sí, nombre los medicamentos y los síntomas en el espacio adyacente.	SÍ	NO	Escriba aquí el nombre de los medicamentos y los síntomas presentes.		

Medicamento: Dosis (Cantidad, Frecuencia) Efectos Secundarios/Restricciones

_____

_____

Habilidad de nadar si se aplica: No sabe nadar: _____ Nada por recreación: _____ Nada competitivamente: _____

Por favor anote cualquier problema médico o físico que no hayan sido mencionado en las preguntas hechas anteriormente y que puedan afectar su participación en la excursión o viaje de la clase. Escriba N/A si no es aplicable.

_____

_____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Nombre: _____

Relación: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

El padre /madre/tutor legal del niño(a) mencionado anteriormente, da autorización para que cualquier empleado adulto / voluntario del Distrito Escolar de Alum Rock que esté a cargo del menor, busque asistencia médica de emergencia para mi hijo(a) en un hospital o clínica cercana en caso de enfermedad o daño. Yo, el padre/ madre/tutor legal, asumiré cualquier y toda responsabilidad financiera por los cuidados médicos de emergencia.

_____

Escribir Nombre Padre (o Tutor) Firma Padre (o Tutor) Fecha

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

MẪU ĐƠN CẦN ĐƯỢC GIÚP ĐỠ VỀ Y TẾ

Ngày Đi: _____ Nơi Đến: _____

Tên Giáo Viên: _____ Ngày hôm nay: _____

Tên và Họ Học Sinh: _____ Tuổi: _____

Thông Tin Để Liên Lạc:

Số Điện Thoại ở Nhà: _____ Số Điện Thoại Di Động: _____ Số Điện Thoại ở Sở Làm: _____

Mẫu đơn này phải được điền trước và nộp lại để học sinh có thể đi chuyến đi chơi xa để học hỏi.

Xin vui lòng trả lời CÓ hay KHÔNG cho mỗi câu hỏi dưới đây. Mỗi câu hỏi phải được trả lời trước khi được đi chuyến đi này. Trả lời CÓ không có nghĩa là không được đi chuyến đi này. Những thông tin này chỉ để xem xét tình trạng sức khỏe của mỗi học sinh trước khi đi chuyến đi xa này. Những thông tin này sẽ được bảo mật.

1. Có vấn đề về đường hô hấp? Có bịnh suyễn? Nếu có, em có dùng ống hít không?	CÓ CÓ	KHÔNG KHÔNG	6. Có vấn đề về thần kinh không? Có bị giật kinh phong không? Nhức đầu một bên?	CÓ CÓ	KHÔNG KHÔNG
2. Bịnh Tiểu Đường Nếu có, em có dùng insulin không? Và dùng bao nhiêu lần?	CÓ CÓ	KHÔNG KHÔNG	7. Có vấn đề về tim mạch? Nếu có, xin vui lòng viết ở những hàng dưới đây.	CÓ	KHÔNG
3. Có bị thương hay có mổ hồng, mắt cá, bả vai, hay lưng? Nếu có, khoanh tròn phần bị thương hay có mổ được ghi ở trên và viết ngày đã bị thương	CÓ	KHÔNG	8. Có bị dị ứng nào không? Nếu có, xin vui lòng kể ra.	CÓ	KHÔNG
4. Em có bị dị ứng khi bị côn trùng cắn không hay có bị dị ứng khi con ong chích em không? Nếu có, em có dùng tiêm thuốc epinephrine không?	CÓ CÓ	KHÔNG KHÔNG	9. Có bị dị ứng về thức ăn không? Kiên ăn những gì? Không ăn thịt? Ăn chay? Nếu có, xin vui lòng kể ra?	CÓ CÓ	KHÔNG KHÔNG
5. Em có uống thuốc không? Nếu có, xin vui lòng kê ra các loại thuốc được uống và những triệu chứng ở ô bên cạnh.	CÓ	KHÔNG	Kê ra các loại thuốc được uống và những triệu chứng ở đây.		

Thuốc Men: Liều Lượng (bao nhiêu) Những phản ứng phụ/Kiên những gì

_____

_____

Biết bơi ở mức độ nào: Không biết bơi: _____ Bơi để thư giãn: _____ Bơi để tranh tài: _____

Xin vui lòng kê bất cứ thuốc men nào hay bất cứ vấn đề nào khác mà không có ghi ở những câu hỏi được hỏi ở trên mà có thể ảnh hưởng đến em cho chuyến đi chơi này. Viết N/A nếu không có áp dụng.

_____

_____

THÔNG TIN ĐỂ LIÊN LẠC TRONG TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP:

Tên và Họ: _____ Tên và Họ: _____

Liên Hệ: _____ Liên Hệ: _____

Số Điện Thoại: _____ Số Điện Thoại: _____

Phụ Huynh/Người Giám Hộ của đứa trẻ được ghi ở trên, cho phép bất cứ nhân viên nhà trường/tình nguyện viên của Học Khu Alum Rock Union Elementary School District chăm sóc cho đứa trẻ được ghi ở trên đưa đứa trẻ đó đến bịnh viện hay trạm xá gần nhất trong trường hợp đứa trẻ đó bị bịnh hay bị thương. Tôi là phụ huynh/người giám hộ sẽ chịu trả tất cả chi phí trong trường hợp khẩn cấp nếu con của tôi bị bịnh hay bị thương.

_____

Viết Tên Bằng Chữ In (người giám hộ) Ký Tên (người giám hộ) Ngày

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

SCHOOL-SPONSORED FIELD TRIP REQUEST

(To be submitted to the principal at least 30 days in advance.)
(Must be submitted by principal to District Office; State & Federal Department if overnight or out of county.)

SCHOOL: _____ DATE SUBMITTED: _____

TEACHER: _____ SUBJECT/GRADE: _____

DATE OF TRIP: _____ LEAVING TIME: _____ RETURN TIME: _____

DESTINATION/EVENT: _____

PURPOSE OF TRIP: _____

_____

_____

LEARNER OBJECTIVES OF TRIP: _____

_____

_____

DESCRIPTION OF PRE-TRIP ACTIVITIES: _____

_____

_____

DESCRIPTION OF FIELD TRIP ACTIVITIES: _____

_____

_____

DESCRIPTION OF FOLLOW-UP ACTIVITIES: _____

_____

_____

ESTIMATED COST: _____ OTHER COSTS: _____

CHARGE TO BUDGET ACCOUNT NO.

REVIEWED BY: HEALTH ASSISTANT/DISTRICT NURSE: _____ DATE: _____

PRINCIPAL'S SIGNATURE: _____ [ ] *APPROVED [ ] NOT APPROVED

STATE & FEDERAL /SUPERVISOR APPROVAL: _____

COMMENTS:

_____

_____

_____

❒ **Walking** ❒ **Bus required** ❒ **Other**

***Approval includes certification that funds are available in the appropriate budget category.**

SF -113 Wh: State & Federal Ye: Principal Pi: Teacher Rev. 08/2016

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

Alum Rock Union Elementary School District
Study Trip Notice and Permission Slip

Dear Parent/Guardian:

Complete and return this form to your child's teacher.

Student_____ School_____

Destination_____ Purpose of Trip_____

Departure Date & Time_____ Return Date & Time_____

Teacher in Charge_____ Transportation_____

My child has permission to go on the above trip. In the event of illness or injury, I do hereby consent to whatever x-ray, examination, and anesthetic, medical, surgical or dental diagnosis or treatment and hospital care considered necessary. It is understood that the resulting expenses will be the responsibility of the participant's parent/guardian and that the Alum Rock Union Elementary School District does not provide medical or dental insurance coverage for students. As stated in California Education Code Section 35330, I understand that I hold Alum Rock Union Elementary School District, its officers, agent's, board members, employees and volunteers harmless from any and all liability or claims, which may arise out of or in connection with my child's participation in this activity.

Parent/Guardian Signature:_____ Date:_____

Address:_____ Phone:_____

Medical Insurance Carrier:_____ Policy/Group/ Medical No.:_____

SF-114(E) Rev. 08/18

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

Alum Rock Union Elementary School District
Study Trip Notice and Permission Slip

Dear Parent/Guardian:

Complete and return this form to your child's teacher.

Student_____ School_____

Destination_____ Purpose of Trip_____

Departure Date & Time_____ Return Date & Time_____

Teacher in Charge_____ Transportation_____

My child has permission to go on the above trip. In the event of illness or injury, I do hereby consent to whatever x-ray, examination, and anesthetic, medical, surgical or dental diagnosis or treatment and hospital care considered necessary. It is understood that the resulting expenses will be the responsibility of the participant's parent/guardian and that the Alum Rock Union Elementary School District does not provide medical or dental insurance coverage for students. As stated in California Education Code Section 35330, I understand that I hold Alum Rock Union Elementary School District, its officers, agent's, board members, employees and volunteers harmless from any and all liability or claims, which may arise out of or in connection with my child's participation in this activity.

Parent/Guardian Signature:_____ Date:_____

Address:_____ Phone:_____

Medical Insurance Carrier:_____ Policy/Group/ Medical No.:_____

SF-114(E) Rev. 08/18

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

Distrito Escolar Elemental De Alum Rock
Notificación De Viaje De Estudios Y Hoja De Permiso

Estimado padre/tutor:

Llene y devuelva esta hoja al maestro de su hijo/a.

Estudiante _____ Escuela_____

Destino _____ Propósito del viaje_____

Fecha y hora de salida _____ Fecha y hora de regreso_____

Maestro responsable _____ Transporte_____

Mi hijo/a tiene permiso para ir al viaje antes mencionado. En caso de enfermedad o de lesiones, yo doy mi consentimiento para cualquier servicio médico, rayos X, examinación, anestésico, diagnóstico quirúrgico o dental, tratamiento y cuidado de hospital que se consideré necesario. Se entiende que los gastos ocasionados serán responsabilidad de cada padre/tutor de los estudiantes participantes. El Distrito Escolar Elemental Unificado de Alum Rock no provee cobertura médica o dental para los estudiantes. Tal como se establece en el Código de Educación de California Sección 35330, yo libero al Distrito Escolar Elemental Unificado de Alum Rock, sus funcionarios, agentes, miembros de la mesa directiva, voluntarios y empleados de todas las obligaciones y reclamos legales que puedan surgir en relación con la participación de mi hijo/a en esta actividad.

Firma del padre/tutor:_____ Fecha:_____

Domicilio:_____ Teléfono:_____

Compañía de seguro médico: _____ Número médico/póliza/grupo:_____

SF-114 S Rev. 08/18

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

Distrito Escolar Elemental De Alum Rock
Notificación De Viaje De Estudios Y Hoja De Permiso

Estimado padre/tutor:

Llene y devuelva esta hoja al maestro de su hijo/a.

Estudiante _____ Escuela_____

Destino _____ Propósito del viaje_____

Fecha y hora de salida _____ Fecha y hora de regreso_____

Maestro responsable _____ Transporte_____

Mi hijo/a tiene permiso para ir al viaje antes mencionado. En caso de enfermedad o de lesiones, yo doy mi consentimiento para cualquier servicio médico, rayos X, examinación, anestésico, diagnóstico quirúrgico o dental, tratamiento y cuidado de hospital que se consideré necesario. Se entiende que los gastos ocasionados serán responsabilidad de cada padre/tutor de los estudiantes participantes. El Distrito Escolar Elemental Unificado de Alum Rock no provee cobertura médica o dental para los estudiantes. Tal como se establece en el Código de Educación de California Sección 35330, yo libero al Distrito Escolar Elemental Unificado de Alum Rock, sus funcionarios, agentes, miembros de la mesa directiva, voluntarios y empleados de todas las obligaciones y reclamos legales que puedan surgir en relación con la participación de mi hijo/a en esta actividad.

Firma del padre/tutor:_____ Fecha:_____

Domicilio:_____ Teléfono:_____

Compañía de seguro médico: _____ Número médico/póliza/grupo:_____

SF-114 S Rev. 08/18

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

Học Khu Alum Rock Union Elementary School
Thông báo Chuyến Đi Chơi Xa Để Học Hỏi và Giấy Cho Phép

Kính Gởi Phụ Huynh hay Người Giám Hộ:

Xin điền mẫu đơn dưới đây và nộp lại cho giáo viên của con em quý vị.

Tên Học Sinh_____ Trường_____

Nơi Đến_____ Mục Đích Cuộc Đi Chơi_____

Ngày và Giờ Đi_____ Ngày và Giờ Về_____

Giáo Viên phụ trách_____ Phương Tiện Di Chuyển_____

Con em của tôi được phép đi trong chuyến đi chơi xa này để học hỏi. Nếu có trường hợp bị bệnh hoặc bị thương tích, tôi đồng ý cho em được chụp hình X-ray, khám bệnh, chụp thuốc mê, uống thuốc, mổ hoặc khám răng hoặc trị bịnh tại nhà thương nếu cần thiết. Tôi hiểu rằng Phụ huynh hay Người Giám Hộ phải chịu trách nhiệm về tài chánh cho con của quý vị và Học Khu Alum Rock không cung cấp bảo hiểm sức khỏe và bảo hiểm răng cho học sinh. Theo luật Giáo Dục California Điều Khoản 35330, tôi hiểu rằng tôi sẽ không được phép thưa kiện Học Khu, giáo chức, người đại diện, các ủy viên của Hội Đồng Quản Trị, nhân viên nhà trường và các tình nguyện viên nếu con của tôi có xảy ra chuyện gì trong chuyến đi chơi xa này.

Phụ huynh hay Người Giám Hộ Ký Tên:_____ Ngày:_____

Địa Chỉ: _____ Số Điện Thoại: _____

Có Bảo Hiểm Sức Khỏe nào: _____ Số Bảo Hiểm Sức Khỏe:_____

SF-114(V) Rev. 08/18

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

Học Khu Alum Rock Union Elementary School
Thông báo Chuyến Đi Chơi Xa Để Học Hỏi và Giấy Cho Phép

Kính Gởi Phụ Huynh hay Người Giám Hộ:

Xin điền mẫu đơn dưới đây và nộp lại cho giáo viên của con em quý vị.

Tên Học Sinh_____ Trường_____

Nơi Đến_____ Mục Đích Cuộc Đi Chơi_____

Ngày và Giờ Đi_____ Ngày và Giờ Về_____

Giáo Viên phụ trách_____ Phương Tiện Di Chuyển_____

Con em của tôi được phép đi trong chuyến đi chơi xa này để học hỏi. Nếu có trường hợp bị bệnh hoặc bị thương tích, tôi đồng ý cho em được chụp hình X-ray, khám bệnh, chụp thuốc mê, uống thuốc, mổ hoặc khám răng hoặc trị bịnh tại nhà thương nếu cần thiết. Tôi hiểu rằng Phụ huynh hay Người Giám Hộ phải chịu trách nhiệm về tài chánh cho con của quý vị và Học Khu Alum Rock không cung cấp bảo hiểm sức khỏe và bảo hiểm răng cho học sinh. Theo luật Giáo Dục California Điều Khoản 35330, tôi hiểu rằng tôi sẽ không được phép thưa kiện Học Khu, giáo chức, người đại diện, các ủy viên của Hội Đồng Quản Trị, nhân viên nhà trường và các tình nguyện viên nếu con của tôi có xảy ra chuyện gì trong chuyến đi chơi xa này.

Phụ huynh hay Người Giám Hộ Ký Tên:_____ Ngày:_____

Địa Chỉ: _____ Số Điện Thoại: _____

Có Bảo Hiểm Sức Khỏe nào: _____ Số Bảo Hiểm Sức Khỏe:_____

SF-114(V) Rev. 08/18

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

CHILD NUTRITION SERVICES

Staff Instructions for Field Trip Procedure

Schools are required to offer students the opportunity to accept or deny a bag lunch for a field trip. Teachers are not allowed to instruct students to bring a lunch from home.

a) Three weeks prior to the field trip, the Student Field Trip Bag Lunch Request Form (CNS 101) must be sent home. This should be attached to the Field Trip Permission Slip.

b) Upon receipt of completed Student Field Trip Bag Lunch Request Forms (CNS 101), the teacher completes Section A of CNS Field Trip Request Bag Lunch Form (102) and returns it to the CNS Assistant in your cafeteria.

c) Order only number of lunches requested by students or your school will be **invoiced for each bag lunch not picked up by students at $4.25. Adult bag lunches can be purchased for $5.00 each.**

d) **On the day of the field trip, each student will go to the cafeteria and receive their bag lunch from a CNS Assistant in the cafeteria.**

e) Student Field Trip Bag Lunch Request Form (CNS 101) may be ordered from the Print Shop or downloaded from intranet. To be sent home to parents to be returned to the teacher.

f) CNS Field Trip Request Bag Lunch Form (102) must be ordered from the Print Shop as NCR form. Teacher completes class count and returns to the CNS Assistant in your cafeteria.

Provision Schools = No Meal Cost

- Adelante I
- Adelante II
- Aptitud
- Cassell
- Chavez
- Cureton
- Dorsa
- George
- Hubbard
- Linda Vista
- San Antonio
- Sheppard
- L.U.C.H.A.
- Lyndale
- McCollam
- Meyer
- Ocala
- Painter
- Renaissance at Mathson
- Renaissance at Fischer
- Russo/McEntee
- Ryan

This institution is an equal opportunity provider

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

FIELD TRIP

Student Field Trip Bag Lunch Request Form

Your child will be going on a field trip during school hours. The cafeteria will be offering bag lunches to all students. Please complete the following form and return it to your child's teacher as soon as possible.

All ARUSD students will receive a bag lunch at no cost.

CHILD'S NAME _____

_____ YES, I would like to order a bag lunch for the field trip on _____(date)

_____ NO, my child will bring a lunch from home for the field trip.

_____

Parent's Signature

This institution is an equal opportunity provider

ALMUERZOS EN EXCURSIONES O VIAJES ESCOLARES
HOJA DE INSCRIPCIÓN

Su hijo(a) va a participar en una excursión o viaje escolar durante el horario de clases. La cafetería ofrecerá bolsas con almuerzo para todos los estudiantes. Por favor llene la siguiente hoja y envíela de regreso al maestro(a) de su hijo(a).

Todos los estudiantes de ARUSD reciben una bolsa con almuerzo sin costo.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

_____ SÍ, quisiera pedir una bolsa de almuerzo para la excursión del día _____(fecha)

_____ NO, mi hijo(a) traerá el almuerzo del hogar para la excursión.

_____

Firma del Padre

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

CHILD NUTRITION SERVICES

CNS Field Trip Bag Lunch Request Form

1. Distribute **Student Field Trip Bag Lunch Request Form** to students three weeks prior to the field trip. (This form can be attached to their permission slip). Request to have forms back to school within three days.

2. Complete **Section A** of this form and return it to the CNS Assistant in your cafeteria **two weeks** prior to the field trip.

3. Once informed the CNS Assistant at your school will ensure the food is ordered and ready for the day of service.

4. **On the day of the field trip, students are required to receive their bag lunch from a CNS Assistant in the cafeteria.**

5. **REMEMBER: You will be charged for any extra lunches that are ordered and not picked up by students at $4.25.**

SECTION A:

School: _____ Room No._____

Date(s) of field trip _____

Participating classes will return in time for regular lunch: Yes _____ No_____

Time leaving School:_____ Time arriving back to school:_____

Lunch bag pick up time: _____Number of students needing bag lunches:_____

Adult bag lunches ordered at $5.00 each:_____

Any Students with Food Allergies (Indicate allergy and initials of student (s):_____

_____

Principal/Teacher Approval:_____

SECTION B:

CONFIRMATION OF BAG LUNCHES ORDERED _____ ON (date) _____

*****PLEASE BRING YOUR CLASS TO THE CAFETERIA. EACH STUDENT WILL RECEIVE THEIR BAG LUNCH AT THE TIME OF PICK UP*****

THANK YOU,
CNS STAFF

This institution is an equal opportunity provider

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

TRANSPORTATION DEPARTMENT
Bus Field Trip Guidelines

I. Field trips for ARUESD buses during a regular school day cannot be over 60 miles, round trip.

II. Daytime availability for ARUESD buses is as follows:
- regular school days: 9:00 a.m. – 1:30 p.m.
- Thursday and minimum days: 9:00 a.m. – 12:30 p.m.

III. Field Trips of any length can be scheduled during the following:
- after 4:00 p.m. on weekdays
- on weekends
- on holidays

IV. Each bus has passenger limits. Adults and larger students count as 2 passengers. The middle seat has a weight capacity of 70 pounds. The maximum number of passengers is **74**. The minimum number of passengers is **50.**

V. There are specific ARUESD bus reservation procedures to follow:
- Call Transportation between ***9:00 a.m.*** and ***12:00 p.m.*** at 6980 or 6981 to schedule fieldtrips. You may leave a voice mail message for a return call or you may email Angela Maya or America Perez with your request. Your reservation request is not secure until confirmed by someone in Transportation.
- Send a completed and authorized (principal's signature required) "Trip Request and Charge Authorization" form (TD-302) **to the State and Federal Department** at least **45** days prior to your scheduled trip. Transportation requires the white and yellow copies of the NCR TD-302 form. The Transportation Department will not accept out dated or faxed forms. The updated form can be ordered from the print shop.
- Camp fieldtrips may require an additional vehicle to transport luggage and camping gear.
- Before booking your field trip, use map program to determine cost:
  1. Use Alum Rock district office address as your start and end destination
     a. This will give you the approximate time in hour (s) and mileage.
     b. Multiply the hours and mileage to get a total cost.
  2. Determine the total number of children and adults.
  3. Having this information before-hand will make it easier for the scheduler to book your field trip.
  4. Alum Rock District Transportation billing is completed after field trip has occurred.

VI. ARUESD cancellations must be made at least 24 hours prior to the scheduled trip. If you fail to notify the department and a bus is sent to your school site, you will be charged for mileage and the driver's time to and from your school. If you double book with ARUESD and an outside vendor and both show up, ARUESD shall take priority. If you need to cancel due to uncontrollable circumstances such as weather, you may call a minimum of one-half hour prior to pick up time; you will not be charged (ARUESD buses only).

VII. All bus parking fees, road/bridge tolls must be paid by the supervising adult for the study trip. Be sure to bring cash for such charges so that you are ready to pay any incurred/required fees.

VIII. ARUESD charges for study/field trips are as follows for bus driver time per hour and mileage:
- Monday – Friday before **2:00 p.m.** $34.16
- After **2:00 p.m.**, weekends, holidays $37.80
- Mileage (per mile) $ 3.60

IX. Billing and scheduling questions should be directed to the Transportation Department at 6980 or 6981.

X. Approved **outside vendors**: The following agencies may be contacted to reserve buses when district transportation is not available. All company regulations must be followed and are the responsibility of the school site.

Lux Bus Co. (vendor#14634)	408-654-9660	
San Jose Charters (vendor #17968)	408-360-9883	Pending for Board approval
1st Student (vendor #12335)	855-870-8747	Pending for Board approval

Note: A.R. Transportation Department is to be utilized first before using an outside vendor. If using an outside bus service, remember that there has to be a Purchase Order completed (prior to trip) with all pertinent information including cost before the TD-302 form is completed and sent to the Transportation Department at ARUESD. If there is any missing information, this will hold up the Field Trip and Confirmation process.

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

TRANSPORTATION FIELD TRIP REQUEST AND CHARGE AUTHORIZATION

*REQUEST MUST BE SUBMITED TO TRANSPORTATION OFFICE AT LEAST 45 DAYS PRIOR TO DATE OF TRIP
(Please note, if the request form is not received on time, the trip "may" be cancelled.)

Check one of the following

_____ARUSD Buses

_____Other

_____Outside Bus Company
Complete information below

_____
Name of outside Bus Company/Other

Date of Request:*_____

From:_____
School/Organization

Person Requesting Trip:_____

Teacher
Grade
No. Pupils:
No. Adults:

Return Date:_____

Return Time from Place of Departure: _____ A.M./P.M.

Place of Return_____

Trip Date_____

Departure Time:_____

Place of Departure_____

Related Curriculum:_____

Purpose of Trip (state specific educational objective):

Trip Number:

Trip Destination:_____

Address:

Principal Signature_____ Date:_____

Funding Approved by:_____ Date:_____

To be Paid by: ☐ District Program or ☐ Billed

Payment Coding

ORG KEY
OBJECT

Credit Coding

ORG. KEY – 03470327005720

Accounting Verification_____

(If Billed, Send Invoice To)
Name:_____
Address:_____
Contact Person:_____
Phone Number:_____

Vendor I.D.#

Total Amount of Trip

Travel Approval Form PUR-105

The paper FORM PUR105 will no longer be accepted.

Please submit Travel Approval Form via Informed K-12 to Academic Services to the attention of **Tracy Loftin**

https://app.informedk12.com/link_campaigns/travel-approval-form-electronic-form?token=TCmSxtohzWU8ssJeKANjvt4G

[CLICK HERE] for the Travel Approval Tutorial/Quick Guide

Ref#:GENERATED ON SUBMIT

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

TRAVEL APPROVAL FORM

Attach Supporting Documents

Date of Request: 06/02/2022 Travel Type: Select... Out of State?: Select...

1. Program Manager / Principal Signature: _____ Dept / School Site: Select...
2. Title of Conference / Meeting:
3. Location: City/State:
4. Purpose:
5. Date (s) of Conference / Meetings:
6. Departure Date / Time: mm/dd/yyyy 00:00 AM Return Date / Time: mm/dd/yyyy 00:00 AM
7. District Office Supervisor Approval: _____ Date _____
8. Human Resources:

Names(s) of Employees Attending	Sub? Yes No	Bilingual Yes No	Sub Request?: (Name)	Job Number
	Select...	Select...	enter any comments on page 2	
	Select...	Select...		
	Select...	Select...		
More space on page 2	Select...	Select...		

Substitute: ☐ Available ☐ Unavailable ☐ No Sub Needed Sub. Assignment Assl. Approval: _____

FD	RESC	PY	OBJECT	SB-OB	GOAL	FCTN	CST-CTR	LOC	PROG
XXX	XXXX	0	XXXX	00	XXXX	XXXX	XXXXXX	XXX	XXXX

Human Resources Dept. Approval: _____

Human Resources Approval Date

9. **SECTION BELOW MUST BE COMPLETED**

Cost Description	Total Estimated Costs	Description
Transportation	$number	enter description if needed
Registration	number	enter description if needed
Lodging	number	enter description if needed
Meals		
Shuttle / Parking		
Other		
Total	$	

Submit form / Enviar formulario

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

PRIVATE VEHICLE DRIVER GUIDELIINES

1. Complete the Field Trip by Private Vehicle form – SF-116 and Vehicle Assignment List form SF-117.
2. You must show proof of auto insurance that meets the state legal requirements of $100,000-$300,000 per accident, plus your car registration, and driver's license (attach copies).
3. Parents will be notified that their child is riding in a privately owned vehicle.
4. All private vehicle drivers must be at least 21 years of age.
5. Drivers will carry a cell phone and a First Aid Kit in case of emergencies. Cell phones will be used only when the vehicle is stationary.
6. Cars must be in safe condition with good brakes, tires (including the spare) and enough gasoline.
   - The distance traveled shall not exceed 120 miles, round trip.
7. The trip shall begin and be completed the same day. NO unauthorized stops are permitted.
8. Arrive at the departure point early enough to allow plenty of time for loading students and receiving instructions.
9. The teacher will provide:
   - Appropriate permission/ medical release forms for students. In case of an accident, these are necessary to ensure prompt treatment.
   - The school phone number and emergency contact person.
   - Directions/ Map to destination. Be sure you know exactly where you are going. This includes rest/ refreshments stops. All stops must be approved.
10. Before leaving, review or explain safety rules:
    - Booster seats must be used for passengers under 6 years old or 60 pounds.
    - In vehicles with front air bags, children under 60 pounds must be seated in the back seat.
    - Students must wear seat belts at all times.
    - Students must keep hands and arms inside at all times.
    - Noise must be kept to a level acceptable to the driver.
    - Any special rules for your car you may have.
    - Parents will drive their own children.
11. Observe speed limits and abide by all laws and regulations.
12. Alcohol or illegal substances shall not be used at any school function, whether on school property or elsewhere.
13. Smoking in vehicles is prohibited. The use of tobacco products will not be permitted at any ARUESD function except by adults in designated areas. Designated areas will be away from nonusers.
14. If an injury requiring treatment occurs, health history records and permission slips should accompany the student to the doctor or hospital.
15. The student supervision ratio will be observed at all times while on the trip. At least one adult per five students, grades K-2, and one adult per ten students, grades 3-12, with a minimum of two adults are required for continuous monitoring of students.
16. When the trip is over, return permission/ medical release forms to the leader.
17. All non-ARUSD employee drivers must have district fingerprint clearance on file.
18. If Vehicle is used to transport more than 8 people, the driver must have a commercial license with passenger endorsement (Class B).

NOTE: Driver(s) need to have the following forms with them for the duration of the field trip: 1) Waiver Release and Indemnity forms (for each student); 2) Field Trip Private Vehicle forms/ information (map, list of students, emergency numbers, guidelines). All forms must be returned to the school office at the end of the trip.

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

FIELD TRIP BY PRIVATE VEHICLE

FIELD TRIP INFORMATION:

School: _____ Teacher (s): _____ Date of Trip: _____

DRIVER INFORMATION: ☐ Employee ☐ Other Insured

Name: _____ Telephone: _____

Address: _____

Driver's License: _____ Expiration Date: _____

Year/Make of Auto: _____ Vehicle License Plate: _____

Seating capacity with seat belts, excluding the Driver: _____

Insurance - Carrier: _____ Agent: _____ Phone: _____

Policy No.: _____ Expiration Date: _____

Driving Restrictions: _____

TERMS AND CONDITIONS:

1. If you drive your personal automobile while on District business and you are involved in an accident, by law, your insurance policy is used first. The District liability policy is used only after your policy limits have been exceeded. The District does not cover, nor is it responsible for, comprehensive and collision coverage to your vehicle.
2. No financial charge to the District nor the student(s) shall be made for field trip transportation by private vehicle.
3. The number of passengers to be transported in any one vehicle shall not be more than the number of seat belts or more than the legally permissible number of passengers, including the driver, whichever is less.
4. Proof of legally mandated minimum insurance required:
Bodily Injury Liability - $100,000 - $300,000 per accident; Property Damage Liability - $25,000 per accident; Medical Payments - $2000. (Copy of Insurance needs to be kept at school).
5. Form must be completed for each trip driver, and list of students being transported must be attached.
6. If vehicle is used to transport more than 8 people, driver must have commercial license with passenger endorsement (Class B).
7. Proof of current registration of vehicle used on trip.

I have read the terms and conditions above and fully understand my responsibilities for the use of this vehicle. I certify that the above information is correct and the insurance coverage is in force. I understand I must have liability insurance coverage in force and agree to advise the District, in writing, of any changes in the above information. I understand in the event of a vehicular accident, coverage is provided by the Private Vehicle Driver's own automobile insurance. I understand the school system does not provide insurance coverage should a vehicular accident occur while a private owned vehicle driver is transporting students. I further certify that the above vehicle is mechanically safe.

Owner of Vehicle Signature _____ Date _____

Driver's Signature _____ Date _____

I have read the above and approve the use of this vehicle for the purpose stated.

Principal's Signature _____ Date _____

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

VEHICLE ASSIGNMENT LIST

(To be submitted to principal prior to trip)

Teacher:	Date:	School Contact Phone #
Trip Destination:		Departure Time:
Destination Phone #:		Arrival Time:

CAR # 1		CAR # 2		CAR # 3	
DRIVER'S NAME		DRIVER'S NAME		DRIVER'S NAME	
CELL PHONE #		CELL PHONE #		CELL PHONE #	
Child's Name					
1		1		1	
2		2		2	
3		3		3	
4		4		4	

CAR # 4		CAR # 5		CAR # 6	
DRIVER'S NAME		DRIVER'S NAME		DRIVER'S NAME	
CELL PHONE #		CELL PHONE #		CELL PHONE #	
Child's Name					
1		1		1	
2		2		2	
3		3		3	
4		4		4	

CAR # 7		CAR # 8		CAR # 9	
DRIVER'S NAME		DRIVER'S NAME		DRIVER'S NAME	
CELL PHONE #		CELL PHONE #		CELL PHONE #	
Child's Name					
1		1		1	
2		2		2	
3		3		3	
4		4		4	

CAR # 10		CAR # 11		CAR # 12	
DRIVER'S NAME		DRIVER'S NAME		DRIVER'S NAME	
CELL PHONE #		CELL PHONE #		CELL PHONE #	
Child's Name					
1		1		1	
2		2		2	
3		3		3	
4		4		4	

ALUM ROCK UNION ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

CERTIFICATE OF INSURANCE REQUEST FORM

DATE:_____ NUMBER OF PAGES: _____

To:
Business Services
FAX 408-928-6435

FROM: _____

TELEPHONE: _____

FAX: _____

CERTIFICATE HOLDER INFORMATION

Name/Company:_____

Address:_____ Fax #_____

City, State, Zip Code:_____ Attn: _____

Please Check the Following Appropriately:

Evidence of Coverage Only:_____

Additional Covered Party: Yes _____ No_____

LIMITS OF LIABILITY:

Combined Single Limit:_____

PROVIDE LOCATION, DATE (S), AND DESCRIPTION OF ACTIVITY OR LEASE:

Please note: The executed contract or lease agreement must be included for an Additional Covered Party Request. If equipment or vehicles are leased or purchased, please provide the year, make, model, serial number and value. If portable, attach a copy of the lease/purchase agreement.