



FIELD TRIP PERMISSION
EMERGENCY INFORMATION

Date: 03/14/2024
School: Bear Creek High School

Graduating Seniors (Teacher/Group/Club) is planning a field trip to (Destination) UOP Spanos Center
on 05/31/2024 from 9 am a.m. /p.m. to 11 am a.m. /p.m.

The purpose of the field trip is: Graduation Practice

Your son/daughter will be transported by:
[] LUSD School Bus
(My son /daughter's name) has my permission to participate in the field trip on 5/31/24 Date of trip)

Student ID #: X Date:
(Parent/Guardian's signature permitting field trip)

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

- My son/daughter will:
[] Have a lunch provided by the cafeteria at no charge.
[] Bring a sack lunch from home.

(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: Date:

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

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



PERMISO DE PASEOS
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Fecha: 03/14/2024
Escuela: Bear Creek High School

Graduating Seniors (Maestro/a/Grupo/Club) planean un paseo a (Destino) UOP Spanos Center
en 05/31/2024 desde las 9 am a.m. /p.m. hasta las 11 am a.m. /p.m.

El propósito de este paseo es para: Graduation Practice

Su hijo/a será transportado/a por: Camión Escolar de LUSD
(Nombre de mi hijo/a tiene permiso de participar en el paseo el 5/31/24 fecha del viaje)

Numero de ID del Estudiante: # X Fecha:
(Firma de Padres/Guardian permitiendo paseo)

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

Mi hijo/a:
[] Obtendrá el almuerzo proveído por la cafetería sin costo.
[] Llevará de casa su propio almuerzo.

(PARTE SUPERIOR DE LA FORMA DEBE PERMANECER EN LA 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/guardián 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 acepto que el Distrito, sus empleados, funcionarios, agentes o voluntarios no serán responsables de ninguna lesión/enfermedad sufrida por mi hijo/a que sea incidental y/o asociada con la preparación y/o participación en esta actividad.

EL ABAJO FIRMANTE ACEPTA HACERSE CARGO DE TODOS LOS COSTOS INCURRIDOS COMO RESULTADO DE LO ANTERIOR.

Nombre del Doctor: Número de Teléfono:

Proveedor 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 (medicamentos, alergias, condiciones, etc.)

(nombre del estudiante) Escuela: Fecha:

X Teléfono de Casa: Teléfono Alterno:
(Firma del Padre/Guardian permitiendo la acción indicada)

LA PARTE SUPERIOR Y LA PARTE INFERIOR DEBEN SER COMPLETADAS Y FIRMADAS PARA PERMITIR LA PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE