

Student ID#: _____

Student Cell Phone: _____

San Bernardino City Unified School District
Field Trip/Excursion Waiver and Medical Authorization - Minor
(Education Code Section 35330)

Name of School: **San Andreas High School**

I hereby give my permission for my child, _____ to participate in the
2025 Midnight Masquerade Prom at The Fox Theatre, 123 Cajon Street, Redlands, CA 92373

field trip as part of his/her regular school program.

This event is to be held from 5/10/2025 through 5/10/2025. Time: 7 PM-11 PM.

I fully understand that my child is to abide by all rules and regulations governing conduct during the field trip. It is understood that any child determined to be in violation of these behavior standards may be sent home at the parent or guardian's expense.

I understand and acknowledge that as provided in Education Code Section 35330, by consenting to allow my child to participate in this field trip, I shall, by law, be deemed to have given up all claims against the San Bernardino City Unified School District and each of its officers, employees and agents (hereinafter collectively referred to as "District") for any injury, accident, illness or death occurring during or by reason of the field trip. I also agree to relieve the district of any responsibility for damage to or loss of my child's property occurring during or by reason of the field trip.

In the event of any illness or injury, I hereby consent to whatever x-ray, examination, anesthetic, medical, dental or surgical diagnosis or treatment and hospital care from a licensed physician and/or surgeon as deemed necessary for the safety and welfare of my child. It is understood that the resulting expenses will be the responsibility of the parent(s), guardian(s), or participant. (Whenever possible, attempts will be made to contact the parent/guardian prior to taking any medical action.)

Signature of Parent or Guardian

Date

Address

Home Phone

Signature of Student

Date

Father's Work Phone

Mother's Work Phone

Parent's Health Insurance Company

Policy Number

IN THE EVENT OF ILLNESS OR ACCIDENT AND IF UNABLE TO CONTACT ABOVE, PLEASE CONTACT:

Name

Address

Phone

****SPECIAL NOTE TO PARENTS/GUARDIANS:**

1. All drugs must be registered on this form.
2. All drugs, excepting those that must be kept on the student's person for emergency use, must be kept and distributed by the staff.
3. Check here if there are **NO** special problems that the staff should be aware of and **NO** drugs are required on the trip.
4. If any medication or drugs are to be taken by student, list them here:

Name of Drug and Reason

If your son or daughter has a special medical problem, kindly attach a description of that problem to this sheet.

REMEMBER, THE SCHOOL DISTRICT DOES **NOT** CARRY STUDENT ACCIDENT INSURANCE.

This form has been approved by County Counsel.

de identificación del estudiante: _____ # de celular del estudiante: _____

RM-73 (Rev. 4/03)

Distrito Escolar Unificado de la Ciudad de San Bernardino
Permiso para Excursión y Viajes de Observación - Menor de Edad
(Código de Educación Sección 35330)

Nombre de la escuela **San Andreas High School**

Por medio de la presente doy permiso a mi niño(a) _____ que participe en el viaje de observación a **2025 Midnight Masquerade Prom at The Fox Theatre. 123 Cajon St., Redlands, CA 92373** como parte de su programa de educación regular. Este viaje será llevado a cabo del 5/10/2025. Hora: 7 PM-11 PM.

Comprendo perfectamente que mi hijo deberá aceptar todas las reglas y requisitos que gobiernan la conducta durante el viaje de observación. Comprendo también que cualquier niño que se determine que está en violación de estas reglas de comportamiento, o no las cumple, será enviado a su casa y los gastos serán pagados por sus padres.

Considerando el permiso dado y de acuerdo, en parte, con la sección 35330 del Código de Educación, yo, el suscrito, libro y exonero al Distrito Escolar Unificado de la Ciudad de San Bernardino, a sus oficiales y empleados y servidores (aquí colectivamente llamados "Distrito"), de toda obligación derivada de, o, vinculada con el viaje de observación arriba descrito, que pueda tener contra el Distrito, debido a muerte, daño o enfermedad personal, o debido a cualquier pérdida o daño a la propiedad de mi niño/a que ocurra durante el viaje de observación arriba descrito, y que resulte por cualquier causa que no sea por negligencia del Distrito.

En caso de cualquier enfermedad o daño personal, por este medio doy mi consentimiento a cualquier tipo de examinación, rayos-X, anestésicos, médico, dental o diagnosis quirúrgica, o tratamiento y cuidado hospitalario por parte de un médico cirujano licenciado como sea necesario para la seguridad y el bienestar de mi niño/a. Comprendo también que los gastos que resulten serán de la responsabilidad de los padres, encargado o participante. (Cuando sea posible, se intentará comunicarse con los padres/encargados antes de tomar cualquier acción médica.)

Firma del padre o encargado Fecha Domicilio Teléfono de casa

Firma del estudiante Fecha Teléfono del trabajo del padre Teléfono del trabajo de la madre

Compañía de seguro médico Número de póliza

EN CASO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y SI NO SE PUEDE COMUNICAR CON LAS PERSONAS DE ARRIBA, FAVOR DE PONERSE EN CONTACTO CON:

Nombre Domicilio Teléfono

****AVISO ESPECIAL A LOS PADRES/ENCARGADOS:**

1. Todas las medicinas deben ser registradas en este formulario.
2. Todas las medicinas, excepto las que deben ser cargadas por el estudiante para uso de emergencia, deben ser mantenidas y distribuidas por el personal.
3. _____ Marque aquí si es que **NO** hay ningún problema especial que el personal deba saber, y **NO** se requieren medicinas en el viaje.
4. Si hay alguna medicina que el estudiante deba tomar, anótela aquí. _____

Nombre de las medicinas y la razón

Si su hijo/a tiene un problema médico especial, por favor adjunte una descripción de este problema a esta página.

RECUERDE, EL DISTRITO ESCOLAR **NO CUENTA** CON SEGURO ESTUDIANTIL CONTRA ACCIDENTES.