



Palm Springs Unified School District Voluntary Field Trip Notice & Medical Authorization

Dear Parent/Guardian,

Please complete and return to: _____

My son/daughter _____ has my permission to participate in the following voluntary activity:

Departure Date & Time: _____

Return Date & Time: _____

Transportation: School Bus: Aircraft: Charter Bus: Site Transportation: Walking:

I understand that participation in this field trip is voluntary and participation by the student(s) named above are **not** required. Students not attending the trip will be provided with alternative educational activities at the school. To participate in this field trip, it is necessary for parents/guardians to specifically authorize their child’s participation.

In the event of illness or injury, I give my authorization and consent to the Palm Springs Unified School District to obtain emergency medical care, including, but not limited to, x-ray examination, anesthetic medical, surgical or dental diagnosis or treatment and hospital care and emergency transportation which may be administered 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. I understand that I am solely financially responsible for any cost and/or all indebtedness incurred as a result of any emergency and/or routine medical and/or surgical treatment and services prescribed by the attending physician for our (my) child/ward, including all costs and charges not covered by insurance.

As stated in California Education Code Section 35330, I agree to release, and understand that I hold the Palm Springs 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. I have waived all claims against the District or the State of California for injury, accident, illness, or death occurring during or by reason of the field trip or excursion.

Indemnification: By executing this agreement, I hereby agree to hold the Palm Springs Unified School District, its volunteers, employees, agents, students, and all related entities and individuals harmless from all claims which may be made by or on behalf of any minor listed on this agreement and to indemnify the District from any such claims to the fullest extent allowed under applicable law. This express indemnification provisions specially includes reimbursement for any and all attorneys’ fees and litigation costs incurred by the District or on its behalf as a result of any such claim. This clause shall survive the termination of this agreement.

Assumption of Risk: I understand that participation in District field trips and school related activities may involve outdoor activities, recreational activities, educational visits to locations that require transportation and other activities that carry with them certain inherent risks that cannot be eliminated regardless of the care taken to avoid injury. The specific risks vary from one activity to another but risks include, but are not limited to, the following: (1) minor injuries such as scratches, bruises, and sprains, to (2) major injuries such as eye injury, joint or bone injuries, heart attacks, and concussions, to (3) catastrophic injuries such as paralysis and death, whether due to foreseen or unforeseen circumstances.

I fully understand that participants are to abide by all rules and regulations governing conduct during the trip. Also, I understand that my child/children and I must review and follow the rules of the [2024/2025 Bus Code of Conduct](#), posted on the PSUSD’s website under the Transportation tab, prior to the 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 Name: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Student Signature: _____ Date of Birth: _____

Medical Insurance Carrier: _____ Policy Number: _____

Address: _____

- (1) If your son/daughter has a special medical problem, kindly attach a description of that problem to this sheet.
- (2) Check here if any medication(s) is required on this trip.
- (3) Medication(s) must be registered on this form and must have prior physician authorization (obtained at school); please list here name of medication(s) and reason:

All medications must be kept and distributed by staff, excepting those which must be kept on the student's person for emergency use and with prior authorization only.

Revised 8/19/24



Palm Springs Unified School District Aviso de Excursión/Paseo Voluntario Y Autorización Médica

Estimado Padre/Guardián,

Por favor de llenar y regresar al: _____

Mi hijo/hija _____ tiene mi permiso de participar en la siguiente actividad voluntaria:

Fecha y Hora de Partida: _____

Fecha y Hora de Regreso: _____

Transporte: Autobús escolar _____ Avión: _____ Autobús Charter: _____ Transportación del Sitio: _____ Caminando: _____

Entiendo que la participación en esta excursión es voluntaria y no se requiere la participación de los estudiantes mencionados arriba. Los estudiantes que no asistan al viaje recibirán actividades educativas alternativas en la escuela. Para participar en esta excursión, es necesario que los padres/tutores autoricen específicamente la participación de su hijo/a.

En caso de enfermedad o lesión, doy mi autorización y consentimiento al Distrito Escolar Unificado de Palm Springs para obtener atención médica de emergencia, que incluye, entre otros, examen de rayos X, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico o dental anestésico y hospitalización. atención y transporte de emergencia que pueden ser administrados según el mejor criterio del médico, cirujano o dentista tratante y realizados por o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o centro que brinda servicios médicos o dentales. Entiendo que soy el único financieramente responsable de cualquier costo y/o todo el endeudamiento incurrido como resultado de cualquier emergencia y/o tratamiento y servicios médicos y/o quirúrgicos de rutina prescritos por el médico tratante para nuestro (mi) hijo/pupilo, incluyendo todos los costos y cargos no cubiertos por el seguro.

Como se establece en la Sección 35330 del Código de Educación de California, acepto liberar y entiendo que eximo al Distrito Escolar Unificado de Palm Springs, sus funcionarios, agentes y empleados de toda responsabilidad o reclamo que pueda surgir de o en conexión con la participación de mi hijo en esta actividad. He renunciado a todos los reclamos contra el Distrito o el Estado de California por lesiones, accidentes, enfermedades o muertes que ocurran durante o por motivo del viaje o excursión.

Indemnización: Al ejecutar este acuerdo, por la presente acepto eximir de responsabilidad al Distrito Escolar Unificado de Palm Springs, sus voluntarios, empleados, agentes, estudiantes y todas las entidades e individuos relacionados de todos los reclamos que puedan realizarse por o en nombre de cualquier menor enumerado. en este acuerdo e indemnizar al Distrito por dichos reclamos en la máxima medida permitida por la ley aplicable. Estas disposiciones de indemnización expresas incluyen especialmente el reembolso de todos y cada uno de los honorarios de abogados y costos de litigio incurridos por el Distrito o en su nombre como resultado de dicho reclamo. Esta cláusula sobrevivirá a la terminación de este acuerdo.

Asunción de Riesgo: Entiendo que la participación en excursiones del Distrito y actividades relacionadas con la escuela puede involucrar actividades al aire libre, actividades recreativas, visitas educativas a lugares que requieren transporte y otras actividades que conllevan ciertos riesgos inherentes que no se pueden eliminar independientemente del cuidado que se tome para evitar lesiones. Los riesgos específicos varían de una actividad a otra, pero los riesgos incluyen, entre otros, los siguientes: (1) lesiones menores como rasguños, hematomas y esguinces, hasta (2) lesiones graves como lesiones oculares, articulares o óseas, lesiones, ataques cardíacos y conmociones cerebrales, hasta (3) lesiones catastróficas como parálisis y muerte, ya sea por circunstancias previstas o imprevistas.

Entiendo completamente que los participantes deben cumplir con todas las reglas y regulaciones que rigen la conducta durante el viaje. Además, entiendo que mi(s) hijo(s) y yo debemos revisar y seguir las reglas del [Código de Conducta de](#)

[Autobuses 2024/2025](#), publicado en el sitio web de PSUSD en la página de Transportación, antes de la excursión. Cualquier violación de estas reglas y regulaciones puede resultar en que esa persona sea enviada a casa a expensas de sus padres/tutores.

Nombre del Padre/Guardián: _____
Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Firma del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Compañía de Seguro Médico: _____ Número de Póliza: _____
Dirección: _____

- (1) Si su hijo(a) tiene algún problema médico, por favor adjunte una descripción del problema a esta forma.
- (2) _____ Marque aquí si su hijo(a) requiere medicamentos en este paseo.
- (3) Todos los medicamentos deben ser registrados en este formulario y deben tener previa autorización médica (ya obtenida en la escuela); por favor aliste aquí los nombres de medicamentos y razón:

Todos los medicamentos deben ser guardados y distribuidos por el personal; exceptos los cuales deben ser guardados en su persona y con previa autorización médica para uso de emergencia.

Revised 8.19.24