



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

Dear Parent/Guardian,

Please complete and return to Dr. Karen Dimick, Director of College and Career Readiness email: CCR@psusd.us

My son/daughter _____ has my permission to participate in the following voluntary activity: Colleges and Culture Universities Tour Washington, D.C., Baltimore, and Virginia

Departure Date & Time: March 27, 2026 @ _____

Return Date & Time: April 3, 2026 @ _____

Transportation: School Bus: Aircraft: Tour Bus:

In the event of illness or injury, I give my 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 understand that I hold the Palm Springs Unified School District, its officers, agents, and employees harmless from all liability or claims, which may arise out of or in connection with my child's participation in this activity. I fully understand that participants are to abide by all rules and regulations governing conduct during the 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 the name of the medication(s) and reason:

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

- (4) I permit images of my son/daughter captured during the tour to be used solely for PSUSD usage and waive any rights to compensation or ownership.



**Distrito Escolar Unificad de Palm Springs
Aviso de Excursión/Paseo Voluntario
Y Autorización Médica**

Estimado Padre/Guardián,

Favor de llenar y regresar a la Dra. Karen Dimick, Directora del Departamento de Preparación Universitaria y Profesional, correo electronico: CCR@psusd.us

Mi hijo/hija _____ tiene mi permiso de participar en la siguiente actividad voluntaria: Tour de Colegios y Universidades Históricamente Afro-americanos, Washington, D.C.

Fecha y Hora de Partida: 27 de Marzo, 2026 @ _____

Fecha y Hora de Regreso: 3 de Abril, 2026 @ _____

Transporte: Autobús escolar Avión: Auto de Escuela/Empleado

En caso de enfermedad o lesión, Por lo presente doy el consentimiento a cualquier rayo-x, examinación, anestésico, diagnóstico médico, quirúrgico o dental o tratamiento y atención de hospital que sean considerados necesarios en el mejor criterio del médico, cirujano, o dentista y realizado por o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o servicio público que rinde servicio médico o dental.

Como lo establece el Código Educacional de California Sección 35330, Yo entiendo que mantendré al Distrito Unificado de Palm Springs, oficiales, agentes y empleados libres de cualquier y toda responsabilidad o demandas, las cuales pueden presentarse de o en conexión con la participación de mi hijo/a en esta actividad. Entiendo completamente que los participantes deben respetar todas las reglas y reglamentos controladores de conducta durante el paseo. Cualquier violación de estas reglas y reglamentos podrían resultar en que el individuo sea enviado 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 viaje.
- (3) Los medicamentos deben estar registrados en este formulario y deben tener autorización previa del médico (obtenida en la escuela); indique aquí el nombre del medicamento y el motivo:

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.

- (4) Doy permiso para que las imágenes de mi hijo/a captadas durante la excursión se utilicen únicamente para el uso de PSUSD y renuncio a cualquier derecho de compensación o propiedad.