

Bellflower Unified School District  
**STUDENT PARTICIPATION IN VOLUNTARY FIELD TRIP  
PARENTAL PERMISSION & MEDICAL TREATMENT AUTHORIZATION**

School: \_\_\_\_\_ Teacher: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Destination: \_\_\_\_\_ Date(s) of Trip: \_\_\_\_\_

Special Instructions: \_\_\_\_\_

**Type of Transportation: Check One**

\_\_\_\_\_ Walking \_\_\_\_\_ District owned vehicles \_\_\_\_\_ Chartered vehicles \_\_\_\_\_ Public Transportation \_\_\_\_\_ Privately owned vehicles

Time of Departure: \_\_\_\_\_ Time of Return: \_\_\_\_\_ Leaving from: \_\_\_\_\_ Returning to: \_\_\_\_\_

**Please tear here and keep the top portion. Return the bottom portion to the school.**

**To be completed by Parent/Guardian:**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ has permission to participate in the following Field Learning Experience.  
(Student's Last Name) (Student's First Name)

School: \_\_\_\_\_ Field Trip Location: \_\_\_\_\_ Date(s): \_\_\_\_\_

**Release and Covenant Not to File a Claim**

I/We the undersigned, for himself and personal representatives, assigns, heirs, and next of kin, as well as for any minor for whom this Release and Covenant Not to File a Claim is executed, or that minor's personal representative, assigns, heirs and next of kin; hereby **RELEASES, WAIVES, DISCHARGES, AND COVENANTS NOT TO FILE A CLAIM** against the Bellflower Unified School District, its agents or employees, or the State of California for any injury, accident, illness or death occurring during or by reason of the field trip or excursion that is the subject of this authorization (Education Code Section 35330).

The undersigned acknowledges that the field trip or excursion addressed by this release is completely VOLUNTARY. Attendance is not required by Bellflower Unified School District or any of its agents or employees. I fully understand that participants are to abide by all rules and regulations governing conduct during the trip.

In the event of any illness or injury, I hereby consent to whatever x-ray, medical treatment authorization, anesthetic, medical, dental or surgical diagnosis and/or treatment and hospital care from a licensed physician and/or surgeon as deemed necessary for my child's safety and welfare, I understand that the resulting expenses will be the responsibility of the parent/guardian.

I understand this field trip may be cancelled at any time for security reasons. In the event of such cancellation by the district, I accept any and all financial risks or penalties imposed by any of the vendors providing services for travel, accommodations, or other trip-related services as a result of cancellation.

***My signature below also signifies that I have counseled the student named above on proper conduct while enroute to and from, while attending the event described and I do hereby agree to take full responsibility for any improper conduct on his or her part.***

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Print Name

Home Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Work Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Student's Signature if 18 or over, or if emancipated minor

\_\_\_\_\_  
Student's Date of Birth:

Medical Insurance Company: \_\_\_\_\_  
(e.g., Kaiser)

Policy Number: \_\_\_\_\_

If Parent/Guardian is not available, please notify:

Name: \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

Home Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Work Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**STUDENT COMMITMENT**

My signature signifies that while enroute to and from, and while attending the event described above, I agree to engage in no improper conduct and to act at all times in a responsible manner.

**Student Signature:**

**Date:**

**Distrito Escolar Unificado de Bellflower**  
**AUTORIZACIÓN MÉDICA DE LOS PADRES Y PERMISO**  
**PARA LA PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE EN UNA EXCURSIÓN VOLUNTARIA**

Escuela: \_\_\_\_\_ Maestro/a: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Lugar de destino: \_\_\_\_\_ Fecha(s) de la excursión: \_\_\_\_\_

Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

**Forma de Transporte: elegir uno**

\_\_\_\_\_ A pie \_\_\_\_\_ Vehículo del Distrito \_\_\_\_\_ Vehículo contratados para transporte \_\_\_\_\_ Transporte publico \_\_\_\_\_ Vehículo de propiedad privada

Hora de partida: \_\_\_\_\_ Hora de Regreso: \_\_\_\_\_ Lugar de partida: \_\_\_\_\_ Lugar de regreso: \_\_\_\_\_

**Por favor despegue aquí y quédese con la parte de arriba. Regrese la parte de abajo a la escuela.**

**Debe ser completado por Padre/Tutor:**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ tiene permiso para participar en la siguiente actividad de aprendizaje fuera del plantel escolar.  
(Apellido del Estudiante) (Nombre del Estudiante)

Escuela: \_\_\_\_\_ Lugar de la Excursión: \_\_\_\_\_ Fecha(s): \_\_\_\_\_

**Descargo y Acuerdo a no Presentar Demanda**

Yo/Nosotros el/los suscrito(s), por si mismos y por representantes personales, asignados, herederos y parientes cercanos, al igual que por cualquier menor de edad por el cual se presenta este descargo y acuerdo a no presentar demanda, o el representante personal, asignado, heredero, y pariente cercano del menor, acuerdan mediante la presente en CEDER Y RENUNCIAR A CUALQUIER DERECHO A PRESENTAR UNA DEMANDA en contra del Distrito Escolar Unificado de Bellflower, sus agentes o empleados, o el Estado de California por cualquier lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurra durante o como consecuencia de la excursión mencionada en esta autorización (Código de Educación Sección 35330).

Los suscritos reconocen que la excursión que se menciona en este acuerdo es completamente VOLUNTARIA. El Distrito Escolar Unificado de Bellflower, sus agentes o empleados no requieren la asistencia a ella. Comprendo completamente que los participantes deberán obedecer todas las reglas y reglamentos sobre la conducta durante la excursión.

En el caso de alguna enfermedad o lesión, doy mi consentimiento a cualquier autorización para tratamiento medico, rayos x, diagnostico anestésico, medico, dental o quirúrgico y/o a cualquier tratamiento y cuidado de hospital provisto por un medico con licencia y/o cirujano según sea necesario para la salud y bienestar de mi hijo/a, comprendo que los gastos consecuentes será responsabilidad del padre/tutor.

Comprendo que esta excursión podría ser cancelada en cualquier momento por razones de seguridad. En el caso de tal cancelación por parte del distrito, yo acepto todo riesgo económico o penalidades impuestas por cualquiera de los comerciantes envueltos en proveer transporte, alojamiento, o cualquier otro servicio relacionado con la excursión como resultado de la cancelación.

***Mi firma significa también que he aconsejado al/a la estudiante mencionado/a arriba, a fin de que muestre la conducta apropiada durante la realización de este evento; por lo tanto, estoy de acuerdo en aceptar completa responsabilidad por cualquier conducta impropia de su parte.***

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre/Tutor en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Teléfono de trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante si es mayor de 18 años o es un menor emancipado

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro Medico: \_\_\_\_\_  
(p.ej., Kaiser)

\_\_\_\_\_  
Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Si el padre/tutor no está disponible, por favor notifique a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**COMPROMISO DEL ESTUDIANTE**

Mi firma abajo significa que estoy de acuerdo en no involucrarme en alguna conducta inapropiada en camino a, regreso de, y al asistir al evento descrito arriba y en comportarme de una manera responsable en todo tiempo.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_