



RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT CONSENT FORM FOR FIELD TRIP

Please return this form to your child's school signed by the parent or guardian.

To the Parent or Legal Guardian of: Student's Name _____

Teacher/Designee in Charge: _____ Castellanos and Watson

☒ Single Date: 5/21/26-5/22/26 Time Leaving: 5/21 @ 2:30 pm Time Returning: 5/22 @ 3:30 am

☐ Multiple Date/s: _____ Time Leaving: _____ Time Returning: _____

Destination: Universal Studios 100 Universal City Plaza, Universal City, CA 91608

Instructional Focus: Grad Bash Class of 2026

Transportation: ☐ Walk ☐ School Bus ☐ Alternative Transportation (must fill out form 26-9050b Hold Harmless-Waiver)

Student will be returned to their school and must be picked up by an adult named on the student's emergency card, if they return after school hours.

Riverside USD does not provide medical insurance for students for school related injuries. On any occasion where student emergency medical care is deemed necessary, Parent/Guardian herein authorizes such emergency transportation and/or medical attention as may be required. Further, Parent/Guardian agrees to defend, indemnify and hold harmless the Riverside Unified School District, the Board of Trustees, the individual members thereof, and all District officers, staff, agents, employees and volunteers from any and all loss, costs, and expense including legal fees or other obligations or claims, arising directly or indirectly out of any liability or claim of loss or liability for personal injury, bodily injury to persons, contractual liability, and damage to property, or any other loss, damage, injury or other claim of any kind or nature, arising out of participation in the field study trip and any medical or dental treatment which may be rendered to minor child student. Parent/Guardian agrees to assume the financial responsibility for such care as the treating doctor may consider necessary. This waiver shall not apply to any occurrences which may arise solely out of the negligence of the district, its employees or agents.

THE INFORMATION IN THIS SECTION MUST BE FILLED OUT AND RETURNED TO THE SCHOOL TWO (2) WEEKS PRIOR TO THE FIELD TRIP. NO PERMISSION FOR PARTICIPATING IN A FIELD TRIP CAN BE GRANTED OVER THE TELEPHONE. Students requiring medication while on the field trip must have a **CURRENT** medication order on file at school. If there is not a **CURRENT** medication order, please have your child's physician complete 26-9050a Medication Order and return completed form to school at least two (2) weeks prior to field trip.

Name of medication: _____ When and how often taken: _____ Dosage amount: _____

Health information:

Are there any physical defects or congenital illnesses that may endanger his/her activity or safety? _____

Please add information that you feel we need to know about your child's health: _____

List any known allergies to insects, food, medicines, other _____

Does your child have an Epi-pen? ☐ Yes ☐ No Does he/she have parent/physician authorization to self administer? ☐ Yes ☐ No

Does your child have an Inhaler for Asthma? ☐ Yes ☐ No Does he/she have parent/physician authorization to self administer? ☐ Yes ☐ No

In case of emergency, if I, the parent, cannot be reached at _____ (Home phone) or _____ (Cell phone/Work phone)

Please contact: _____ at _____

I accept the conditions described on this form and give my consent for my son/daughter to participate in the field trip.

(Parent/Guardian Signature) Date: _____

Original – School Yellow – Teacher Pink – Parent/Guardian

**RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT
MEDICAL CONSENT FORM FOR FIELD TRIP**

Please return this form to your child's school signed by the parent or guardian.

Student's Name: _____ **Teacher in Charge:** Castellanos/Watson

Date(s): 5/21-5/22/26 **Departure Time:** 5/21 @ 2:30 pm **Est. Return Time:** 5/22 @ 3:30 am

Destination: Universal Studios 100 Universal City Plaza, Universal City, CA 91608

Riverside Unified School District does not provide medical insurance for students. On any occasion where student emergency medical care is deemed necessary, Parent/Guardian herein authorizes such emergency transportation and/or medical attention as may be required. In the event of illness or injury, I do hereby 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 waive all claims against the Riverside Unified School District, its officers, agents and employees for any injury, accident, illness, or death occurring during or by reason of this field trip or excursion, including acts of negligence by the District, its officers, agents, or employees.

I fully understand that participants are to abide by all rules and regulations governing conduct during the activity. Any violation of these rules and regulations may result in that individual being sent home at the expense of his/her parent/guardian. Students will be returned to their school and must be picked up by an adult named on the student's emergency card.

Parent/Guardian Name

Cell Phone

Parent/Guardian Signature

Date

Emergency Contact Name

Cell Phone

Medical Insurance Carrier

Policy No

Health information:

The information in this section must be filled out and returned to the school two (2) weeks prior to the field trip. Students requiring medication while on the field trip must have a current medication order on file at school. All medications must be registered on this form. All medications, excepting those which must be kept on the student's person for emergency use, must be kept and distributed by the staff.

1) List any known allergies: _____

2) Does your child have an Epi-pen? ☐ YES ☐ No

3) Does your child have an inhaler? ☐ YES ☐ No

4) List any medication is to be taken by student, list them here: (name of medication & reason)

5) Please add information that you feel we need to know about your child's health:



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EXCURSIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE

Favor de devolver este formulario firmado por el padre o tutor legal a la escuela de su hijo.

Para el padre/tutor legal de: Nombre del alumno _____

Maestro/Designado encargado: Castellanos and Watson

☒ Singular Fecha: 5/21/29-5/22-26 Hora de partida: 5/21 @ 2:30 pm Hora de regreso: 5/22 @ 3:30 am

☐ Múltiple Fecha(s): _____ Hora de partida: _____ Hora de regreso: _____

Destinación: Universal Studios 100 Universal City Plaza, Universal City, CA 91608

Enfoque de enseñanza Grad Bash Class of 2026

Transporte: ☐ Caminar ☐ Autobús escolar ☐ Transporte alterno (debe completar el formulario 26-9050b Renuncia de responsabilidad)

El alumno será regresado a su escuela y debe ser recogido por una de las personas adultas nombradas en la tarjeta de emergencia del alumno/a, si regresa del paseo después del horario de clases.

El Distrito Escolar Unificado de Riverside no proporciona seguro médico para los alumnos por lesiones recibidas en la escuela. En toda ocasión donde tratamiento médico de emergencia del alumno/a sea necesario, los padres/tutor legal por la presente autorizan el transporte y/o atención médica de emergencia como sea necesaria. Además los padres/tutores están de acuerdo en defender, indemnizar y no responsabilizar al Distrito Escolar Unificado de Riverside, a la Junta de Fideicomisarios, a los miembros individualmente de lo mismo y a todos los oficiales, personal, agentes, empleados y voluntarios del distrito de cualquier y toda pérdida, costo y gasto incluyendo gastos legales u otras obligaciones o demandas, surgiendo directamente o indirectamente de cualquier responsabilidad de lesión personal, daño corporal de personas, responsabilidad contractual y daños a propiedad o cualquier otra pérdida, daño, lesión u otra demanda de cualquier tipo o naturaleza surgiendo de la participación en la excursión de estudio y cualquier tratamiento médico o dental que pueda ser administrado al alumno/a menor de edad. Los padres/tutores están de acuerdo en asumir la responsabilidad financiera por la atención que el médico administrando el tratamiento considero necesario. Esta renuncia no procede en cualquier ocurrencia cual pudiera surgir solamente por la negligencia del distrito, sus empleados o agentes.

LA INFORMACIÓN DENTRO DE ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA Y DEVUELTA A LA ESCUELA **DOS (2) SEMANAS ANTES DE LA EXCURSIÓN. NO SE OTORGARÁ ALGÚN PERMIO PARA PARTICIPAR EN UNA EXCURSIÓN POR TELÉFONO.** Los alumnos que requieran medicamentos mientras en la excursión deben tener una orden para medicamentos **ACTUALIZADA** y archivada en la escuela. Si no hay una orden **ACUTALIZADA**, favor de pedirle al médico de su hijo que complete el formulario de Orden de medicamento 26-9050a y devuelva el formulario completado a la escuela por lo menos dos (2) semanas antes de la excursión.

Nombre del medicamento: _____ Cuándo y cuántas veces se debe tomar: _____ Dosis: _____

Información de salud:

¿Existe algún defecto físico o enfermedad congénita cual pudiera peligrar su actividad o seguridad? _____

Favor de agregar información que usted piense necesitamos saber acerca de la salud de su hijo: _____

Indique toda alergia conocida a insectos, alimentos, medicamentos, otro _____

¿Tiene su hijo un Epi-pen? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene él/ella autorización del padre/médico para auto administrarse? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene su hijo un inhalador para asma? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene él/ella autorización del padre/médico para auto administrarse? ☐ Sí ☐ No

En caso de emergencia, si no es posible comunicarse conmigo, el padre, al _____ o _____
(Teléfono del hogar) (Teléfono celular/trabajo)

Por favor comuníquese con: _____ al _____

Yo acepto las condiciones detalladas en este formulario y doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en la excursión.

(Firma del Padre/tutor legal) Fecha: _____

RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO MÉDICO PARA VIAJE DE CAMPO

Devuelva este formulario a la escuela de su hijo firmado por el padre o tutor.

El nombre del estudiante: _____ Profesora a cargo: _____

Fecha(s): 5/21-5/22/26 Hora de salida: 5/21 @ 2:30 pm Est. Regresando: 5/22 @ 3:30 am

Destino: Universal Studios 100 Universal City Plaza, Universal City, CA 91608

El Distrito Escolar Unificado de Riverside no proporciona seguro médico para los estudiantes. En cualquier ocasión en la que se considere necesaria la atención médica de emergencia del estudiante, el padre/tutor legal autoriza dicho transporte de emergencia y/o atención médica según sea necesario. En caso de enfermedad o lesión, por la presente doy mi consentimiento para cualquier radiografía, examen, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico o dental y atención hospitalaria que se consideren necesarios a juicio del médico, cirujano o dentista tratante, y realizado por o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o centro que brinda servicios médicos o dentales.

Como se establece en la Sección 35330 del Código de Educación de California, entiendo que renuncio a todos los reclamos contra el Distrito Escolar Unificado de Riverside, sus funcionarios, agentes y empleados por cualquier lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurra durante o a causa de esta excursión o excursión. , incluidos los actos de negligencia por parte del Distrito, sus funcionarios, agentes o empleados.

Entiendo completamente que los participantes deben cumplir con todas las normas y reglamentos que rigen la conducta durante la actividad. Cualquier violación de estas reglas y regulaciones puede resultar en que esa persona sea enviada a casa a expensas de su padre/tutor. Los estudiantes serán devueltos a su escuela y deben ser recogidos por un adulto nombrado en la tarjeta de emergencia del estudiante.

Nombre del Padre de Familia / Guardian _____ Teléfono móvil _____

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____

Nombre del contacto de emergencia _____ Teléfono móvil _____

Compañía de seguros médicos _____ Número de póliza _____

Información de salud:

La información en esta sección debe completarse y devolverse a la escuela dos (2) semanas antes de la excursión. Los estudiantes que requieran medicamentos durante la excursión deben tener una orden de medicamentos vigente en los archivos de la escuela. Todos los medicamentos deben ser registrados en este formulario. Todos los medicamentos, excepto aquellos que deben llevarse en la persona del estudiante para uso de emergencia, deben ser guardados y distribuidos por el personal.

- 1) Enumere cualquier alergia conocida: _____
- 2) ¿Su hijo tiene un Epi-pen? ☐ SÍ ☐ No
- 3) ¿Su hijo tiene un inhalador? ☐ SÍ ☐ No
- 4) Enumere cualquier medicamento que el estudiante deba tomar, enumérelos aquí: (nombre del medicamento y motivo): _____

- 5) Agregue información que crea que necesitamos saber sobre la salud de su hijo:

