



Paramount Unified School District

STUDENT PARTICIPATION IN DISTRICT-SPONSORED VOLUNTARY FIELD TRIP PARENTAL PERMISSION, ASSUMPTION OF RISK, AND MEDICAL TREATMENT AUTHORIZATION

School of Attendance: _____ Date: _____

Student's Name: _____ has permission to participate in the following field trip:

Activity/Destination: College and Career Fair at Cerritos College

Special Instructions: Students will depart from PHS Senior Campus at 9:30 AM.

Departure

Date: September 12, 2026 Time: 9:30 AM

Return

Date: September 12, 2026 Time: 12:00 PM

Person (s) in Charge: CSP officer will be boarding the bus with students

Type of Transportation: ☒ District Bus/Vehicle ☐ Walking ☐ Other: _____

Health or special needs: Check as appropriate.

	My student has no special health needs the staff should be aware of, and no medication is required on the trip.
	My student has a special need, and instructions are attached. Number of attached pages: _____.
	Other:

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 and emergency transportation considered necessary in the best judgement of the attending physician, surgeon, or dentist and performed under the supervision of a member of the medical staff of the hospital or facility furnishing medical or dental services.

I fully understand that participants are to abide by all rules and regulations governing conduct during the trip.

As provided for in California Education Code Section 35330, I agree to waive all claims against the Paramount Unified School District (District) and hold the 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. This waiver shall not apply to any occurrences which may arise solely out of the negligence of the District, its employees or agents.

_____	_____	Work Phone () _____
Parent/Guardian Name (please print)	Parent/Guardian Signature	Home Phone () _____
		Cell Phone () _____

_____	_____
Student's Signature	Student's Date of Birth

Family Medical Insurance Carrier: _____ Policy Number: _____
(e.g. Blue Cross)

In the event of an emergency, please contact:

_____	_____	Work Phone () _____
Name	Relationship	Home Phone () _____
		Cell Phone () _____



Paramount Unified School District

PARTICIPACION DEL ALUMNO EN VIAJE DE ESTUDIO VOLUNTARIO PATROCINADO POR EL DISTRITO

PERMISO DE PADRES, ASUNCION DE RIESGO Y AUTORIZACION DE TRATAMIENTO MEDICO

Escuela de Asistencia: _____ Fecha: _____

Nombre del Alumno: _____ Tiene permiso para participar en el siguiente paseo de estudio:

Destino/Actividad: Feria de Universidades y Carreras en Cerritos College.

Instrucciones especiales: Los estudiantes saldrán de la escuela PHS Senior Campus a las 9:30 de la mañana.

Salida

Fecha: 12 de septiembre de 2026 Hora: 9:30 a.m.

Regreso

Fecha: 12 de septiembre de 2026 Hora: 12:00 p.m.

Persona (s) a cargo: Un oficial de la patrulla de seguridad (CSP) subirá al autobús con los estudiantes.

Tipo de transporte: ☒ Autobús/Vehículo ☐ Caminando ☐ Otro: _____

Necesidades especiales o de salud: Marque lo que es apropiado.

☐	Mi hijo/a no tiene necesidades especiales de salud que el personal deba saber y no necesita medicinas en este viaje.
☐	Mi hijo/a tiene una necesidad especial y se adjuntan las instrucciones. Cantidad de hojas adjuntas: _____.
☐	Otro: _____

En el evento de una enfermedad o lesión, yo doy mi consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médico, quirúrgico o dental o tratamiento y la atención hospitalaria y el transporte de emergencia que se considere necesario en el mejor juicio del médico, cirujano o dentista y realizado bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o centro de suministro de servicios médicos o dentales.

Entiendo perfectamente que los participantes deben cumplir con todas las normas y reglamentos que rigen la conducta durante el viaje.

Conforme a lo dispuesto por el código de Educación de California sección 35330, estoy de acuerdo en renunciar a todo reclamo contra el Distrito Escolar Unificado de Paramount (Distrito) y dejar al Distrito, sus oficiales y empleados sin implicaciones de cualquier y toda responsabilidad o reclamación que pueda surgir de o en relación con la participación de mi hijo/a en esta actividad. La exención no se aplicará a cualquier incidencia que pueda surgir únicamente de la negligencia del Distrito, sus empleados o agentes.

Nombre del Padre/Tutor (letra molde)	Firma del Padre/Tutor	Trabajo () _____
		Casa () _____
		Celular () _____

Firma del Alumno _____ Fecha de nacimiento del Alumno _____

Compañía de Seguro

Médico Familiar: _____ Número de Póliza: _____
(ejemplo Blue Cross)

En case de emergencia, favor de comunicarse con:

Nombre	Relación al Alumno	Trabajo () _____
		Casa () _____
		Celular () _____