



**FIELD TRIP & EXCURSION
PARENT PERMISSION, IMMUNITY RELEASE
MEDICAL TREATMENT AUTHORIZATION**

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

Destination/Nature of Activity: Athletic Season of Sports 2020-2021
(Please be specific, e.g., Dairy Tour/Washington DC trip.)

Special Instructions: _____
(e.g. Bring sack lunch, or "see attached instructions".)

Departure Date: _____ Time: _____ Return Date: _____ Time: _____

Departure Location: _____ Return Location: _____

Person in Charge: _____ Position: _____ School: CVHS

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

Health or special needs: Check as appropriate and attach instructions if applicable.

- 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: _____.
- My student has the following allergies: _____
- Other: _____

In the event of illness or injury, I do hereby consent to whatever x-ray examination, anesthetic, medical, surgical or judgment 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.

IMMUNITY: As provided for in California Education Code Section 35330, all persons making the field trip or excursion shall be deemed to have waived all claims against the District for injury, accident, illness, or death occurring during or by reason of the field trip or excursion; and all adults taking out-of-state field trips or excursions and all parents or guardians of pupils taking out-of-state field trips or excursions shall sign a statement waiving such claims.

RELEASE: This provision shall not limit, to any extent, the immunity from liability afforded the District under California Education Code Section 35330. I agree, on behalf of myself and my child whose name is set forth on this form, to release, discharge, hold harmless and indemnify the District, its officers, employees and agents from all liability or claims, which may arise out of or in connection with my child's participation in this field trip or excursion

Signature (Parent/Guardian) (Please Print Name) (Date)

Parent Work Phone () _____ Parent Home Phone () _____ Student's Date of Birth _____

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

In the event of an emergency, please contact:

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



**FORM A
EXCURSIÓN Y PASEO
PERMISO DEL PADRE, Y DE LA INMUNIDAD
AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO MÉDICO**

Nombre del estudiante: _____ tiene permiso de participar en la siguiente excursión:

Destinación/naturaleza de la actividad: _____

(Favor de ser específico, e.g., Excursión de la Lechería/Washington DC.)

Instrucciones especiales: _____

(e.g. Traiga su almuerzo en una bolsa, o "vea las instrucciones adjunto".)

Fecha de Salida: _____ Tiempo: _____ Fecha: _____ Regreso Hora: _____

Lugar de la salida: _____ Lugar donde regresaremos: _____

Persona responsable: _____ Posición: _____ Escuela: _____

Tipo de transporte: Autobús/vehículo del Distrito Caminando otro: _____

Salud o necesidades especiales: Marque lo apropiado y adjunte las instrucciones si es aplicable.

- Mi estudiante no tiene necesidades especiales de salud que deba informar al personal, y no requiere de medicamentos durante el viaje.
- Mi estudiante tiene necesidades especiales de salud, y adjunto están las instrucciones. Numero de páginas adjuntas: _____
- Mi estudiante es alérgico a lo siguiente: _____
- Otro: _____

En caso de enfermedad o de lesión, doy permiso por este medio para cualquier examen de radiografía, anestésico, médico, quirúrgico o decisión del médico, del cirujano, o del dentista y a un miembro del personal médico del hospital o de la facilidad que realice bajo supervisión servicios médicos o dentales.

Comprendo completamente que los participantes deben seguir todas las reglas y regulaciones que gobiernan la conducta durante el viaje.

INMUNIDAD: Así como esta escrito en la sección 35330 del código de la Educación de California, todas las personas que hacen el viaje o excursión se les juzga que han renunciado a todas las demandas contra el distrito por lesiones, accidentes, enfermedades, o la muerte que ocurra durante o por causa de la excursión; y todos los adultos que hagan un viaje o excursión fuera del estado y todos los padres o tutores de los estudiantes que hagan un viaje o excursión fuera del estado firmarán una forma que renuncia a tales demandas.

LIBRE DE CARGOS: Esta disposición no limitará, en ningún grado, la inmunidad de la responsabilidad del distrito bajo la sección 35330 del código de la Educación de California. Yo estoy de acuerdo, a nombre mió y de mi hijo que nombra esta forma, que dejamos libre de cargos y sin culpa y considero inofensivo al distrito, a sus oficiales, e empleados y agentes de toda responsabilidad o demandas, que puedan presentarse o con respecto a la participación de mi hijo en este viaje o excursión.

Firma (Padre/Tutor) (Favor Imprimir el Nombre) (Fecha)

Teléfono del Trabajo del Padre () _____ Teléfono de Casa () _____ Fecha de Nacimiento del Estudiante _____

Seguro Médico
De la Familia: _____ Número de la póliza: _____
(e.g., Blue Cross)

En caso de una emergencia, favor de contactar a:

(Nombre) (Parentesco) Telefona del Trabajo () _____
Telefona de la Casa () _____
Teléfono del Celular () _____