



Paramount Unified School District

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

Date _____

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

Destination/Nature of Activity: Cal State University Long Beach 6300 State University Dr., Long Beach, 90815
(Please be specific, e.g., Concert at UCLA.)

Special Instructions: _____
(e.g., Bring sack lunch.)

Departure Date: _____ Time: _____ Return Date: _____ Time: 12:30 PM

Person in Charge: _____ Position: Advisor/Teacher School: _____

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 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.

As provided for in California Education Code Section 35330, I (parent/guardian and student) 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.

Signature (Parent/Guardian) (Please Print Name) Work Phone () _____
Home Phone () _____
Cell Phone () _____

Student's Signature (Please Print Name) 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 () _____
Home () _____
Cell () _____



PARAMOUNT UNIFIED SCHOOL DISTRICT

PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE EN PASEOS DE ESTUDIO VOLUNTARIOS PATROCINADOS POR EL DISTRITO PERMISO DE LOS PADRES, ASUMIR RESPONSABILIDAD DEL RIESGO Y AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO

Fecha _____

Nombre _____ tiene permiso de participar en el siguiente paseo.

Destino/tipo de la actividad Cal State University Long Beach 6300 State University Dr., Long Beach, 90815
(Favor de ser específico por ejemplo, Concierto en la Universidad UCLA.)

Instrucciones especiales _____
(Por ejemplo, traer almuerzo en una bolsa.)

Fecha de salida: _____ Hora: _____ Fecha de regreso _____ Hora: 12:30 PM

Persona a cargo: _____ Posición: Advisor/Teacher Escuela: _____

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

Requisitos de salud o necesidades especiales: Marcar los que sean apropiados.

<input type="checkbox"/>	Mi hijo/a no tiene necesidades especiales de salud por las que el personal tenga que estar pendiente y no se requiere de ningún medicamento en este paseo o excursión
<input type="checkbox"/>	Mi hijo/a tiene una necesidad especial y se adjuntan las instrucciones. Número de páginas adjuntas: ____.
<input type="checkbox"/>	Otro: _____

En el caso de una enfermedad o lesión, por la presente doy mi consentimiento para que se realice cualquier examen de radiografía, anestesia, diagnóstico dental o de cirugía, o tratamiento o cuidado hospitalario y transportación de emergencia que el médico principal, el cirujano o dentista considere necesario según su juicio y se efectúe bajo la supervisión de un miembro del personal del hospital o instalación que provea los servicios médicos o dentales.

Comprendo totalmente que los participantes deberán acatarse a todas las reglas y reglamentos de conducta gobernante durante el paseo.

Tal como se indica en el Código de Educación de California Educación sección 35330, estoy de acuerdo en renunciar a todo reclamo o denuncia en contra del Paramount Unified School District (Distrito) y de mantener al Distrito, sus administradores, agentes y empleados, liberados de cualquier o toda responsabilidad o reclamación, que pueda resultar en conexión con la participación de mi hijo o hija en esta actividad. Esta renuncia no es aplicable en ningún caso que pueda resultar solamente por la negligencia del Distrito, sus empleados o sus agentes.

Firma (padre o tutor) (Escribir con letra de molde) Teléfono del hogar () _____
Teléfono del trabajo () _____
Teléfono celular () _____

Firma del estudiante (Escribir con letra de molde) Fecha de nacimiento del estudiante

Nombre de la compañía médica de seguros: _____ Número de póliza _____
(por ejemplo, Blue Cross)

En caso de una emergencia, favor de comunicarse con:

(Nombre) _____ (Parentesco) Trabajo () _____
Hogar () _____
Celular () _____