# Action Youth America Field Trip Waiver

## Student’s Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ School:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Description of Activity:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date of Activity: Day of Activity: Depart: *AM/PM* Return: *AM/PM*

## **Lunch: Method of Transportation:**

 Student will be at school during lunch Walking

 Student should bring sack lunch School Bus

 Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I request that my child be permitted to participate in the field trip activity described above. In consideration of his/her being permitted to participate, we agree as follows:

1. I acknowledge that the activity under certain circumstances could be dangerous and that my child is not required to participate in it to receive a class grade. I expressly request my child voluntarily participate in the activity.
2. I understand and acknowledge that as provided in part in Education Code 35330, I waive and for- ever release and discharge School District, the Board of Education and its officers, employees and Action Youth America, LLC from all liability, claims, loss, cost or expense arising from or attributable to the above identified activity.

To the best of my knowledge, my child has no physical condition, which would interfere with his/her ability to participate in or attend this activity or would endanger his/her health or any other student’s health.

*Signature Parent/Guardian Date:*

(To be retained by Supervising Teacher)

## **MEDICAL AUTHORIZATION**

Should my child need to have treatment while participating in this activity, I hereby give the school district personnel permission to use their judgment in obtaining medical service for my child. I give permission to the physician selected by the school district personnel to render medical treatment deemed necessary and appropriate by the physician. I understand that the school district has no insurance covering such medical or hospital costs incurred for my child and, therefore, any costs incurred for such treatment shall be my sole responsibility.

## Student’s Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Emergency Telephone Number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Home Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Business Telephone Number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Signature Parent/Guardian: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Please check here if special instructions are needed regarding medical treatment (write specifics on back)

# Action Youth America Field Trip Waiver

## **Nombre del Estudiante: Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Descripción de la actividad:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de la Actividad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Días del Mes de la Actividad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Salida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*AM/PM*  Regreso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*AM/PM*

## **Lunch: Method of Transportation:**

 El estudiante estará en la escuela durante el almuerzo A pie

 Los Estudiantes deben traer almuerzo Autobús escolar

 Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solicito que mi hijo se le permitirá participar en la actividad de visita de campo mencionada anteriormen- te. En consideración de su participación, estamos de acuerdo en lo siguiente:

1. Reconozco que la actividad en determinadas circunstancias, podría ser peligroso y que mi hijo no está obligado a participar en él para obtener una calificación de clase. Que lo soliciten expresamente a mi hijo que participen voluntariamente en la actividad.
2. Yo entiendo y reconozco que, como siempre, en parte, el Código de Educación 35330, renuncio y para siempre eximir y liberar al Districto, la Junta de Educación y sus funcionarios, empleados y Action Youth America, LLC de toda responsabilidad, reclamo, pérdida, costo o gasto ocasionado por o atribuibles a la actividad antes indicada.

A lo mejor de mi conocimiento, mi hijo no tiene ninguna condición física que pueda interferir con su capa- cidad para participar o asistir a esta actividad o ponga en peligro su salud o la salud de cualquier otro es- tudiante.

*Firma del Padre / Guardian Fecha:*

(Para ser retenidos por Maestro Supervisor)

## **AUTORIZACION MEDICA**

En caso de que mi hijo/a necesita un tratamiento medico durante su participación en esta actividad, doy permiso al personal del distrito escolar de usar su juicio en obtener servicio medico para mi hijo/a y yo le doy permiso al medico seleccionado por el personal del distrito escolar para prestar atención médica considere necesario y propiado por el medico. Entiendo que el distrito escolar no tiene un seguro que cubra estos costos medicos o de hospital incurridos por mi hijo y, por tanto, cualquier costo incurrido por dicho tratamiento será mi reonsabilidad.

## Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Teléfono de Emergencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Dirección de la Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Número de Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Firma del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Marque esta casilla si se necesitan instrucciones especiales sobre el tratamiento médico (escribir datos específicos sobre la espalda).*