



Field Trip Permission & District School Related Activities Consent Form

Student's Name: _____ School: _____

Description of Activity/Location: _____

Parent or Guardian's Name: _____ Home/Cell Number: _____

Home Address: _____

Emergency Contact Name: _____ Home/Cell Number: _____

Date of Activity: _____ Depart: _____ am/pm Return: _____ am/pm

Lunch (please check one):

Method of Transportation:

- Student will be at school during lunch
- Please provide my student with a Field Trip lunch
- I will pack my child's lunch

- Walking Other _____
- Charter/School Bus
- Parent responsible for transportation

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 follow:

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 to voluntarily participate in the activity.
2. I understand and acknowledge that as provided in part in Education Code 35330, I waive and forever release and discharge the Long Beach Unified School District, the Board of Education and it's officers, employees and agents from all liability, claims, loss, cost or expense arising from or attributable to the above identified activity.

MEDICAL AUTHORIZATION

3. Should my child need to have medical treatment while participating in this activity, I hereby give the school district personnel permission to use their judgement in obtaining medical service for my child and 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.

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.

Date

Signature of Parent/Guardian

PLEASE CHECK HERE IF SPECIAL INSTRUCTIONS REGARDING MEDICAL TREATMENT OR SPECIAL DIET ARE ON FILE WITH THE SCHOOL SITE AND NUTRITION SERVICES BRANCH. ALLERGY ALERT: FIELD TRIP LUNCHES MAY CONTAIN PEANUTS AND/OR OTHER ALLERGENS. CONTACT NUTRITION SERVICES BRANCH AT 562-427-7923, ASK TO SPEAK TO A CHILD NUTRITION SPECIALIST FOR QUESTIONS OR ASSISTANCE.



Permiso para Participar en una Excursión y Otras Actividades Relacionadas con el Distrito Escolar La Forma de Consentimiento

Nombre del Estudiante: _____ Escuela: _____

Descripción de la Actividad/Ubicación: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____ Teléfono/Celular: _____

Domicilio del Estudiante: _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Teléfono/Celular: _____

Fecha de la Actividad: _____ Salida: _____ am/pm Regreso: _____ am/pm

Almuerzo (marque uno):

El estudiante estará en la escuela durante el almuerzo

Por favor proporcione a mi estudiante con el almuerzo escolar

Empacaré el almuerzo de mi estudiante

Método de Transportación:

Caminando

Otro _____

Autobús escolar o Alquilado

Padre/guardián será responsable con el transporte

Pido que mi hijo/a sea permitido participar en la excursión descrita arriba. En consideración de que sea permitido participar estoy/estamos de acuerdo con lo siguiente:

1. Declaro que dicha actividad, bajo ciertas circunstancias, puede ser peligrosa y que a mi hijo/a no le requiere participar para darle nota. Pido expresamente que mi hijo/a participe voluntariamente en esta actividad.
2. Entiendo y declaro de acuerdo al Código de Educación 35330, que cedo y eximo de cualquier obligación al Distrito Escolar Unificado de Long Beach, a la Junta de Educación y a sus oficiales, empleados de agentes de toda responsabilidad legal, reclamos, pérdida, costos, o gastos que se presenten o que puedan atribuirse a la actividad mencionada arriba.

AUTORIZACIÓN MÉDICA

3. Si mi hijo/a necesita tener tratamiento médico mientras participa en esta actividad, doy permiso al personal del distrito escolar de usar su juicio en obtener servicios médicos para mi hijo/a y doy permiso al médico seleccionado por el distrito para determinar tratamiento médico apropiado. Comprendo que el distrito no tiene a seguridad para cubrir los gastos médicos y hospitalarios de mi hijo/a y por lo tanto cualquier costo incurrido por dicho tratamiento será de mi exclusiva responsabilidad.

Según entiendo, mi hijo/a no tiene ninguna condición física que interfiera con su capacidad de participar o asistir a esta actividad o que ponga en peligro su salud o de cualquier otro estudiante.

Fecha

Firma del Padre/Guardián

MARQUE AQUI SI LAS INSTRUCCIONES ESPECIALES SOBRE EL TRATAMIENTO MEDICO O DIETA ESPECIAL ESTAN ARCHIVADAS EN LAS OFICINAS DE LA ESCUELA Y EL SERVICIO DE NUTRICIÓN. ALERTA DE ALERGIA: LOS ALMUERZOS DE LA EXCURSION PUEDEN CONTENER MANI Y/O OTROS ALERGENOS. COMUNIQUESE CON LA OFICINA DEL SERVICIO DE NUTRICION AL 562-427-7923 PIDA HABLAR CON UN ESPECIALISTA EN NUTRICION INFANTIL SI NECESITAN ASISTENCIA O TENGA PREGUNTAS.