



**PAJARO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
PARENTAL CONSENT FOR A FIELD TRIP WHICH
INCLUDES WATER ACTIVITIES AND EMERGENCY
MEDICAL AUTHORIZATION FORM**

Dear Parent / Guardian: **Kindly complete this voluntary water excursion form and return to your child's teacher.**

My son/daughter/ward, _____ a student at _____ School,
has my permission to participate in the following voluntary water activity/field trip:

Water Activity/Field Trip: _____

Date of Activity: _____ **Departure Time:** _____ **Return Time:** _____

Describe Water Activity: _____

Mode of Transportation: _____

In the event of illness or injury, I hereby authorize Pajaro Valley School District personnel to use their judgment in obtaining emergency medical services, including x-ray, examination, anesthetic, medical, surgical or dental diagnosis or treatment and hospital care are considered necessary in the best judgment of the attending physician, surgeon or dentist performed by or under the supervision of a member of the medical staff of the hospital or facility furnishing medical or dental services. I understand that the Pajaro Valley Unified School District does not have insurance which pays the medical or hospital costs that might be incurred on behalf of my child.

Agree to hold the Pajaro Valley Unified School District 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/field trip. I assume all liability for the conduct of my child and agree to indemnify the District for any claims arising against it resulting from my child's conduct. California Education Code Section 35330

I fully understand that participants are to abide by all rules and regulations governing conduct during the trip. Any violation of these rules and regulations may result in that individual being sent home at the expense of his/her parent/guardian.

My Child/Ward knows how to swim: _____ **My Child/Ward does not know how to swim:** _____
(Please initial) (Please initial)

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Address: _____ **Phone #** _____ **Emergency #** _____

Medical Insurance Carrier _____ **Policy Number** _____ **Phone** _____

My child has the following special medical needs: _____

My child has the following allergies: _____

My child will need to take the following medication: _____

(Note: If the school has not already been informed of the need to dispense medication, you will need to meet with school officials to make the proper arrangements).

FAILURE TO RETURN SIGNED FORM WILL MEAN STUDENT WILL NOT BE ALLOWED TO PARTICIPATE IN THIS WATER ACTIVITY/FIELD TRIP.

THIS FORM IS TO BE CARRIED ON THE TRIP BY THE SCHOOL REPRESENTATIVE.



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DEL VALLE DE PAJARO
CONSENTIMIENTO DE PADRES PARA VIAJE DE ESTUDIO QUE
INCLUYE ACTIVIDADES EN EL AGUA Y FORMULARIO DE
AUTORIZACION DE EMERGENCIA MEDICA

Estimables Padres / Guardián: Favor de completar este formulario de excursión voluntaria en el agua y regresar a la maestra de su hijo/ hija.

Mi hijo/ hija/ hijo adoptivo, _____ un alumno en la Escuela _____, tiene mi permiso de participar en el siguiente voluntario viaje de estudios/ con actividad en el agua:

Viaje de Estudio/ Con Actividades En El Agua: _____

Fecha de la Actividad: ____/____/____ Hora de Salida: _____ Hora de Regreso: _____

Describir la Actividad en el Agua: _____

Medio de Transportación: _____

En el evento de enfermedad o heridas, por medio de la presente autorizo al personal del Distrito Escolar Unificado del Valle de Pájaro de utilizar su juicio en obtener servicios médicos de emergencia, incluyendo rayos equis, examen, anestesia, diagnosis médica, cirugía o dental o tratamiento y cuidados de hospital si son considerados necesarios a mejor juicio del médico que atiende, cirujano o dentista hecho bajo supervisión de un miembro del personal médico o del hospital o lugar que presta servicios médicos o dentales. Yo entiendo que el Distrito Escolar Unificado del Valle de Pájaro no tiene seguro médico que pague los costos de hospital o médicos que puedan incurrir a nombre de mi hijo/ hija.

Yo estoy de acuerdo de no responsabilizar a los agentes, oficiales, y empleados del Distrito Escolar Unificado del Valle de Pájaro de cualquier responsabilidad o queja, que pueda suscitar de, o en conexión con, la participación de mi hijo en esta actividad/ viaje de estudio. Yo asumo toda responsabilidad por la conducta de mi hijo/ hija y estoy de acuerdo de indemnizar al Distrito de cualquier reclamo que suscite en contra como resultado de la conducta de mi hijo/ hija. Código de Educación de California Sección 35330

Yo entiendo totalmente que los participantes deben obedecer todas las reglas y regulaciones que gobiernan la conducta durante el viaje. Cualquier violación a esas reglas y regulaciones puede resultar en que ese individual se envíe a casa a cargo y gastos de sus padres/ tutores.

Mi Hijo/ Hija/ Hijo Adoptivo sabe cómo nadar: _____ Mi hijo/ hija/ Adoptivo no sabe cómo nadar: _____
(Poner Inicial) (Poner Inicial)

Firma de los Padres/ Tutores: _____ Fecha: ____/____/____

Domicilio: _____ #de Teléfono _____ #de Teléfono de Emergencia _____

Empresa de Seguro Médico _____ Número de la Póliza _____ Teléfono _____

Mi hijo/ a tiene las siguientes necesidades especiales médicas: _____

Mi hijo/ a tiene las siguientes alergias: _____

Mi hijo/ hija necesita tomar el siguiente medicamento: _____
(Nota: Si la escuela no ha sido informada todavía de la necesidad de dispensar la medicina, usted tendrá que reunirse con oficiales escolares para hacer los arreglos necesarios)

EL FALLAR DE REGRESAR EL FORMULARIO FIRMADO SIGNIFICA QUE NO SE PERMITIRA QUE EL ALUMNO PARTICIPE EN EL VIAJE DE ESTUDIOS CON ACTIVIDADES EN EL AGUA.

ESTE FORMULARIO DEBE SER LLEVADO EN EL VIAJE POR EL REPRESENTANTE ESCOLAR.