

**PAJARO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
PARENTAL CONSENT FOR FIELD TRIP OR EXTRA
CURRICULAR ACTIVITY AND EMERGENCY MEDICAL
AUTHORIZATION FORM**

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

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

Field Trip/Extracurricular Activity: _____

Date of Field Trip: _____ Departure Time: _____ Return Time: _____

Describe 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.

I 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.

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 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 LOS PADRES PARA VIAJE DE ESTUDIOS O
ACTIVIDAD Y FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA
SERVICIOS MEDICOS DE EMERGENCIA**

Estimables Padres / Tutores: **Favor de llenar este formulario de excursión voluntaria y regresarlo a el/ la maestro/ a de su hijo/ hija.**

Mi hijo/ hija/, _____ alumno/ a de la Escuela _____, tiene mi permiso para participar en la siguiente actividad voluntaria/ viaje de estudios:

Viaje de Estudios/ Actividad Extracurricular: _____

Fecha del Viaje de Estudios: _____ **Hora de Salida:** _____ **Hora de Regreso:** _____

Describan la Actividad: _____

Medio de Transportación: _____

En caso de enfermedad o heridas, por medio de la presente autorizo al personal del Distrito Escolar Unificado del Valle de Pájaro para usar su juicio en obtener servicios médicos de emergencia, incluyendo rayos equis, examen, anestesia, diagnosis o tratamiento médico, quirúrgico o dental, o tratamiento y cuidados en el hospital si se considera necesario a mejor juicio del personal médico del hospital o lugar que proporciona servicios médicos o dentales. Yo entiendo que el Distrito Escolar Unificado del Valle de Pájaro no tiene seguro médico que pague los costos del hospital o médicos que puedan incurrir a nombre de mi hijo/ hija.

Yo acuerdo de no culpar a los oficiales del Distrito Escolar Unificado del Valle de Pájaro, agentes y empleados de cualquier reclamo o responsabilidad, la cual puede surgir de, o en conexión con, la participación de mi hijo en esta actividad/ viaje de estudios. Yo asumo toda responsabilidad por la conducta de mi hijo/ hija y estoy de acuerdo a indemnizar al Distrito de cualquier reclamo en contra por 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 pueden resultar que el alumno sea enviado a su casa a costo de sus padres/ tutores.

Firma de los Padres/ Tutores: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____ Teléfono # _____ # de Emergencia _____

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

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

Mi hijo/ hija tiene las siguientes alergias : _____

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

EL FALLAR DE REGRESAR EL FORMULARIO FIRMADO SIGNIFICARA QUE EL ALUMNO NO SERA PERMITIDO DE PARTICIPAR EN ESTA ACTIVIDAD/ VIAJE DE ESTUDIOS.
ESTE FORMULARIO DEBE SER LLEVADO EN EL VIAJE POR EL REPRESENTANTE ESCOLAR.