

LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
**PARENT'S OR GUARDIAN'S PERMISSION FOR A FIELD TRIP
AND AUTHORIZATION FOR MEDICAL CARE – IV.D. TRIP SLIP**

To the Principal of **Vista Middle School**:

_____ has my permission to participate in the
field trip to _____ on _____

Departure: _____ A.M. / P.M. Return: _____ A.M. / P.M.

Supervising Teacher (please print): _____

LUNCH

- Student will **be at school during lunch.**
- Student will **be off-site during lunch.**

PARENT MUST CHECK OPTION BELOW:

- My child is requesting a lunch from the Cafeteria, I will send appropriate payment based on my child's meal eligibility (free, reduced, full price)
- My child will **bring a sack lunch without liquid.**

METHOD OF TRANSPORTATION

- Student is **Walking.**
- Student will ride in Private Vehicle.
- Student will ride in School Bus.
- Other _____

Parent or Guardian's authorization signature Date
(INFORMATION TO BE COMPLETED BY PARENT AND TO BE REMOVED BY SUPERVISING TEACHER)

AUTHORIZATION FOR MEDICAL CARE

Should it be necessary for my child to have medical care while participating in this trip, I hereby give the School District personnel permission to use their judgment in obtaining the physician selected by the School District Business personnel to render medical care deemed necessary and appropriate by the physician. I understand that the District carries **minimal** (\$1500) excess student accident insurance for one day field trips which are conducted under the constant, direct and immediate supervision of designated school authorities and that injuries sustained while not under direct and immediate school supervision is not covered. I also understand that for field trips where constant, direct and immediate supervision isn't possible, the District requires students to be insured under separate, "Short Term 24-Hour" coverage.

Student Name: _____

Home Address: _____

Home Telephone No: _____

Telephone No: _____

Emergency Telephone No: _____

Authorized Signature of Parent or Guardian

Parent or Guardian's (please print)

Date: _____

PLEASE CHECK HERE IF INSTRUCTIONS FOR SPECIAL MEDICAL TREATMENT FOR THE STUDENT ARE ON FILE IN THE SCHOOL.

FORM 34-EH-17 REV. 8/05 STK No. 818901 125-90159-5 (ENGLISH/SPANISH)

PARENTS, PLEASE NOTE:

Section 35330 of the California Education Code states in part: "All persons making the field trip shall be deemed to have waived all claims against the District or the State of California for injury, accident, illness, or death occurring during or by reason of the field trip excursion."

LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
**PARENT'S OR GUARDIAN'S PERMISSION FOR A FIELD TRIP
AND AUTHORIZATION FOR MEDICAL CARE – IV.D. TRIP SLIP**

To the Principal of **Vista Middle School**:

_____ has my permission to participate in the
field trip to _____ on _____

Departure: _____ A.M. / P.M. Return: _____ A.M. / P.M.

Supervising Teacher (please print): _____

LUNCH

- Student will **be at school during lunch.**
- Student will **be off-site during lunch.**

PARENT MUST CHECK OPTION BELOW:

- My child is requesting a lunch from the Cafeteria, I will send appropriate payment based on my child's meal eligibility (free, reduced, full price)
- My child will **bring a sack lunch without liquid.**

METHOD OF TRANSPORTATION

- Student is **Walking.**
- Student will ride in Private Vehicle.
- Student will ride in School Bus.
- Other _____

Parent or Guardian's authorization signature Date
(INFORMATION TO BE COMPLETED BY PARENT AND TO BE REMOVED BY SUPERVISING TEACHER)

AUTHORIZATION FOR MEDICAL CARE

Should it be necessary for my child to have medical care while participating in this trip, I hereby give the School District personnel permission to use their judgment in obtaining the physician selected by the School District Business personnel to render medical care deemed necessary and appropriate by the physician. I understand that the District carries **minimal** (\$1500) excess student accident insurance for one day field trips which are conducted under the constant, direct and immediate supervision of designated school authorities and that injuries sustained while not under direct and immediate school supervision is not covered. I also understand that for field trips where constant, direct and immediate supervision isn't possible, the District requires students to be insured under separate, "Short Term 24-Hour" coverage.

Student Name: _____

Home Address: _____

Home Telephone No: _____

Telephone No: _____

Emergency Telephone No: _____

Authorized Signature of Parent or Guardian

Parent or Guardian's (please print)

Date: _____

PLEASE CHECK HERE IF INSTRUCTIONS FOR SPECIAL MEDICAL TREATMENT FOR THE STUDENT ARE ON FILE IN THE SCHOOL.

FORM 34-EH-17 REV. 8/05 STK No. 818901 125-90159-5 (ENGLISH/SPANISH)

PARENTS, PLEASE NOTE:

Section 35330 of the California Education Code states in part: "All persons making the field trip shall be deemed to have waived all claims against the District or the State of California for injury, accident, illness, or death occurring during or by reason of the field trip excursion."

CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR PARA EXCURSIÓN ESCOLAR Y AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCION MÉDICA – CONSTANT DE AUTORIZACIÓN DE VIAJE

Al director o directora de la escuela Vista Middle:

_____ tiene me permiso para participar en . . .

Lugar de la excursión escolar _____ el _____

Hora de salida: _____ A.M. / P.M. Hora de regreso: _____ A.M. / P.M.

Maestro(a) supervisor(a) (por favor, con letra de molde): _____

ALMUERZO MÉTODO DE TRANSPORTE

- El/la alumno(a), estará en la escuela durante el almuerzo.
El/la alumno(a), estará fuera del plantel durante el almuerzo.
El/la alumno(a), camina.
El/la alumno(a), irá en vehículo privado.
El/la alumno(a), irá en el autobús escolar.

PARENT MUST CHECK OPTION BELOW:

- Mi hijo(a) solicita un almuerzo de la cafetería. Enviaré el pago apropiado con base al derecho de comida de mi hijo(a) (gratuito, precio reducido, precio total).
Mi hijo(a) traerá un almuerzo en bolsa sin líquido.
Otro medio de transporte _____

Firma de autorización del padre, la madre, el tutor o la tutora _____ Fecha _____
(LA INFORMACIÓN SERÁ LLENADA POR EL PADRE, Y EL MAESTRO(A) QUE SUPERVISE LA RECOGERÁ)

AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Si fuera necesario que mi hijo(a) tuviera atención médica al participar en este viaje, por la presente doy permiso al personal del Distrito escolar para que use su discernimiento al obtener atención médica para mi hijo(a) y doy permiso para que el médico seleccionado por el personal del Distrito escolar brinde la atención médica que considere necesaria y apropiada. Entiendo que el Distrito escolar tiene un seguro complementario de accidentes para los alumnos por un mínimo de (\$1,500), para excursiones de sólo un día, las cuales son llevadas a cabo bajo la supervisión constante, directa e inmediata de las autoridades escolares designadas; y que las lesiones sufridas sin la supervisión escolar directa e inmediata no quedan incluidas. Entiendo, además, que para las excursiones donde la supervisión constante, directa e inmediata no sea posible, el Distrito requiere que los alumnos queden asegurados bajo una cobertura separada por <<un corto plazo de 24 horas>>.

Nombre y apellido del alumno: _____

Domicilio del hogar: _____

Número de teléfono en casa: _____

Número de teléfono en el trabajo: _____

Número de teléfono para emergencia: _____

Firma autorizada del padre, la madre, el tutor(a) _____

Nombre y apellido del padre, la madre, o tutor(a) (por favor, con letra de molde)

Fecha: _____

POR FAVOR MARQUE CON UN X AQUÍ SI LAS INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA ESPECIAL DEL ALUMNO O ALUMNA ESTÁN EN EL EXPEDIENTE DE LA ESCUELA.

FORMULARIO 34-EH-17 REV. 8/05 STK No. 818901 125-90159-5 (INGLÉS/ESPAÑOL)

PADRES DE FAMILIA, POR FAVOR NOTEN:

El artículo 35330 del Código de Educación de California declara en parte: "Se considerará que todas las personas que hagan la excursión han renunciado a todos los reclamos en contra del Distrito o el Estado de California por lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurran durante o por razón de la excursión o el viaje escolar."

CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR PARA EXCURSIÓN ESCOLAR Y AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCION MÉDICA – CONSTANT DE AUTORIZACIÓN DE VIAJE

Al director o directora de la escuela Vista Middle:

_____ tiene me permiso para participar en . . .

Lugar de la excursión escolar _____ el _____

Hora de salida: _____ A.M. / P.M. Hora de regreso: _____ A.M. / P.M.

Maestro(a) supervisor(a) (por favor, con letra de molde): _____

ALMUERZO

MÉTODO DE TRANSPORTE

- El/la alumno(a), estará en la escuela durante el almuerzo.
El/la alumno(a), estará fuera del plantel durante el almuerzo.
El/la alumno(a), camina.
El/la alumno(a), irá en vehículo privado.
El/la alumno(a), irá en el autobús escolar.

EL PADRE DEBE MARCAR UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

- Mi hijo(a) solicita un almuerzo de la cafetería. Enviaré el pago apropiado con base al derecho de comida de mi hijo(a) (gratuito, precio reducido, precio total).
Mi hijo(a) traerá un almuerzo en bolsa sin líquido.
Otro medio de transporte _____

Firma de autorización del padre, la madre, el tutor o la tutora _____ Fecha _____
(LA INFORMACIÓN SERÁ LLENADA POR EL PADRE, Y EL MAESTRO(A) QUE SUPERVISE LA RECOGERÁ)

AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Si fuera necesario que mi hijo(a) tuviera atención médica al participar en este viaje, por la presente doy permiso al personal del Distrito escolar para que use su discernimiento al obtener atención médica para mi hijo(a) y doy permiso para que el médico seleccionado por el personal del Distrito escolar brinde la atención médica que considere necesaria y apropiada. Entiendo que el Distrito escolar tiene un seguro complementario de accidentes para los alumnos por un mínimo de (\$1,500), para excursiones de sólo un día, las cuales son llevadas a cabo bajo la supervisión constante, directa e inmediata de las autoridades escolares designadas; y que las lesiones sufridas sin la supervisión escolar directa e inmediata no quedan incluidas. Entiendo, además, que para las excursiones donde la supervisión constante, directa e inmediata no sea posible, el Distrito requiere que los alumnos queden asegurados bajo una cobertura separada por <<un corto plazo de 24 horas>>.

Nombre y apellido del alumno: _____

Domicilio del hogar: _____

Número de teléfono en casa: _____

Número de teléfono en el trabajo: _____

Número de teléfono para emergencia: _____

Firma autorizada del padre, la madre, el tutor(a) _____

Nombre y apellido del padre, la madre, o tutor(a) (por favor, con letra de molde)

Fecha: _____

POR FAVOR MARQUE CON UN X AQUÍ SI LAS INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA ESPECIAL DEL ALUMNO O ALUMNA ESTÁN EN EL EXPEDIENTE DE LA ESCUELA.

FORMULARIO 34-EH-17 REV. 8/05 STK No. 818901 125-90159-5 (INGLÉS/ESPAÑOL)

PADRES DE FAMILIA, POR FAVOR NOTEN:

El artículo 35330 del Código de Educación de California declara en parte: "Se considerará que todas las personas que hagan la excursión han renunciado a todos los reclamos en contra del Distrito o el Estado de California por lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurran durante o por razón de la excursión o el viaje escolar."