

Field Trip Date: _____

Destination: _____



**DAY FIELD TRIP / CO-CURRICULAR TRIP
PERMISSION AND EMERGENCY TREATMENT RELEASE**
_____ (campus name)

I, _____, the parent and or legal guardian of _____, a minor, hereby acknowledge that said minor is presently under my care, custody, and control. I hereby give my child, the above noted minor, my express permission to travel on field trips and for school activities / functions during the school year and to participate in all scheduled activities inherent in this/these trip(s).

In the event of an emergency necessitating medical attention for my child, I do hereby authorize that qualified and licensed medical personnel give treatment. I understand that I will be notified as soon as possible and that all expenses incurred in treatment will be assumed either directly by me or by my insurance coverage as noted below.

I acknowledge that liability of the school district and school employees is narrowly defined and extremely limited by State law and local policy.

Parent/Guardian Signature

Date

Address

Primary Phone

Secondary Phone

CONFIDENTIAL MEDICAL INFORMATION

Family Doctor: _____

Telephone: _____

Insurance Company: _____

Telephone: _____

List pertinent medical information applicable to allergies, nervous disorders, heart trouble, diabetes, epilepsy, etc...
Indicate any medication or drugs to which the student is allergic: _____

List any regular medication the student is taking: _____

List any other information, which may be helpful: _____

Two other local contacts in case of emergency:

Name: _____

Phone: _____

Name: _____

Phone: _____

Fecha de la excursión escolar: _____

Destino: _____



**PERMISO Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA
EN EXCURSIÓN ESCOLAR DE DÍA/CO-CURRICULAR
_____ (escuela)**

YO, _____, padre de familia o guardián legal de _____, menor de edad, reconozco por medio de la presente que el menor de edad está actualmente bajo mi cuidado, custodia y control. Yo doy mi permiso expreso, al menor que se menciona, para que viaje en excursiones escolares y actividades escolares/funciones durante el año escolar y para participar en todas las actividades programadas inherentes a esta/estas excursión(es).

En caso de emergencia y si mi hijo requiere atención médica, autorizo que personal calificado y con licencia médica brinde ese tratamiento. Comprendo que recibiré información tan pronto como sea posible y que asumiré, directamente o a través de mi cubrimiento médico, todos los gastos incurridos en el tratamiento como se indica a continuación.

Reconozco que la responsabilidad del distrito escolar y de los empleados de la escuela está estrictamente definida y extremadamente limitada por leyes estatales y políticas locales.

Firma del padre de familia/guardián legal

Fecha

Dirección

Teléfono principal

Teléfono secundario

INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL

Médico de familia: _____

Teléfono: _____

Compañía de Seguro de Salud: _____

Teléfono: _____

Mencione información médica pertinente relacionada con alergias, desórdenes nerviosos, problemas cardiacos, diabetes, epilepsia, etc...Indique cualquier medicina o fármaco al cual el estudiante es alérgico: _____

Mencione cualquier medicamento regular que toma el estudiante: _____

Mencione cualquier otra información que podría ser útil: _____

Otros dos contactos en caso de emergencia:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____