

VOLUNTARY EXCURSION/FIELD TRIP NOTICE  
AND MEDICAL AUTHORIZATION - **ADULT**

Name of volunteer \_\_\_\_\_  
print or type

Destination: \_\_\_\_\_

Departure Date & Time: \_\_\_\_\_ Return date & time: \_\_\_\_\_

As stated in California Education Code Section 35330; I understand that I hold the Palm Springs Unified School District and its agent and employees **harmless from any and all liability or claims** which may arise out of connection with my participation in this activity.

In the event of illness or injury, I hereby consent to whatever x-ray, examination, anesthetic, medical, surgical, or dental diagnosis or treatment and/or hospital care from a licensed physician and/or surgeon as deemed necessary for my safety and welfare. It is understood that the resulting expenses will be the responsibility of the participant.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

phone: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Medical Insurance carrier name, address, policy number, phone:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In the event of illness or accident, please notify:

\_\_\_\_\_  
Name phone

Please note any special medical problems or issues below:

## AVISO DE EXCURSION/PASEO VOLUNTARIO Y AUTORIZACION MEDICA- **ADULTO**

Nombre de Voluntario/a \_\_\_\_\_  
imprima o escriba a maquina

Destino: \_\_\_\_\_

Fecha y Hora de Salida: \_\_\_\_\_ Fecha y Hor de Regreso: \_\_\_\_\_

Como lo establece el Codigo Eduacional de California Seccion 35330;Yo entiendo ue mantendre al Distrito Unificado de PalmSprings, oficiales, agentes y empleados libres de cualquier y toda responsibilidad o demandas, las cuales pueden presentarse de o en conexion con la participacion de mi hijo/a en esta actividad.

En caso de enfermedad o lesion. Por la presente doy el consentimiento a cualquier rayo X, examinacion, anestesico, diagnostic medico, quirurgico o dental o tratamiendo y cuidado de hospital de un medico licenciado y/o cirujano como crea necesario para mi suguridad y beinestar. Es entendido que los costos como resultado seran la responsabilidad del participante.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Compania de Seguro Medico, direccion, numero de poliza, telefono:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En el evento de enfermedad o accidente, por favor de notifique a:

Nombre \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Si hay algunos problemas medicos especiales, tenga la bondad de adjuntar un descripcion del problema en esta pagina: