

**Palm Springs Unified School District
Voluntary Field Trip Notice
And Medical Authorization**

Dear Parent/Guardian,

Please complete and return to _____.

My son/daughter _____ has my permission to participate in the following voluntary activity.

Destination: _____

Departure Date & Time: _____ Return Date & Time: _____

Transportation: School Bus _____ School/Employee automobile: _____

In the event of illness or injury, I give my consent to whatever 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 and performed by or under the supervision of a member of the medical staff of the hospital or facility furnishing medical or dental services.

As stated in California Education Code Section 35330, I understand that I hold the Palm Springs Unified School District its 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.

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: _____

Student Signature: _____ Date of Birth: _____

Medical Insurance Carrier: _____ Policy Number: _____

Address: _____

- (1) If your son/daughter has a special medical problem, kindly attach a description of that problem to this sheet.
- (2) _____ Check here if any medication(s) is required on this trip.
- (3) Medication(s) must be registered on this form and must have prior physician authorization (obtained at school); please list here name of medication(s) and reason _____.
- (4) All medications must be kept and distributed by staff, excepting those which must be kept on the student's person for emergency use and with prior authorization only.

**Palm Springs Unified School District
Aviso de Excursion/Paseo Voluntario
Y Autorización Médica**

Estimado Padre/Guardián,

Por favor de llenar y regresar a _____.

Mi hijo/hija _____ tiene mi permiso de participar en la siguiente actividad voluntaria.

Destino: _____

Fecha y Hora de Partida: _____ Fecha y Hora de Regreso: _____

Transporte: Autobús escolar _____ Auto de Escuela/Empleado _____

En caso de enfermedad o lesión. Por la presente doy el consentimiento a cualquier rayo-x, examinación, anestésico, diagnóstico médico, quirúrgico o dental o tratamiento y atención de hospital que sean considerados necesarios en el mejor criterio del médico, cirujano, o dentista y realizado por o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o servicio público que rinde servicio médico y dental.

Como lo establece el Código Educacional de California Sección 35330, Yo entiendo que mantendré al Distrito Unificado de Palm Springs, oficiales, agentes y empleados libres de cualquier y toda responsabilidad o demandas, las cuales pueden presentarse de o en conexión con la participación de mi hijo/a en esta actividad.

Entiendo completamente que los participantes deben respetar todas las reglas y reglamentos controladores de conducta durante el paseo. Cualquier violación de estas reglas y reglamentos podrían resultar en que el individuo sea enviado a casa a costa de su padre/guardián.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Compañía de Seguro Médico: _____

Número de Póliza: _____

Dirección: _____

- (1) Si su hijo(a) tiene algún problema médico, por favor adjunte una descripción del problema a esta forma.
- (2) _____ Marque aquí si su hijo(a) requiere medicamentos en este paseo.
- (3) Todos los medicamentos deben ser registrados en este formulario y deben tener previa autorización médica (ya obtenida en la escuela); por favor aliste aquí los nombres de medicamentos y razón _____.
- (4) Todos los medicamentos deben ser guardados y distribuidos por el personal; exceptos los cuales deben ser guardados en su persona y con previa autorización médica para uso de emergencia.