

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

To the Principal of _____ School

_____ has my permission to participate in the
(Student's Name)

field trip to _____ on _____
Date(s)

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

Supervising Teacher _____

LUNCH **METHOD OF TRANSPORTATION**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Student will be at school during lunch. | <input type="checkbox"/> Walking <input type="checkbox"/> School bus |
| <input type="checkbox"/> Student should bring sack lunch without liquid. | <input type="checkbox"/> Private auto |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | <input type="checkbox"/> Other _____ |

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 or excursion."

Accident Insurance can be purchased for a minimal daily rate by contacting the school.

I agree to direct my child to cooperate with directions and instructions of the school district personnel in charge of the activity.

Parent's or guardian's permission signature Date

(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 medical care for the child, and I give permission to the physician selected by the School District personnel to render medical care deemed necessary and appropriate by the physician. I understand that the School District has no insurance covering such medical or hospital costs incurred by my child and, therefore, any cost incurred for such treatment shall be my sole responsibility.

Student's name _____
Home address _____
Home telephone number _____
Business telephone number of parent or guardian _____
Emergency telephone number _____
Authorization signature of parent or guardian _____
Date _____

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

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES
CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR PARA EXCURSION ESCOLAR
Y AUTORIZACION MEDICA**

Al Director de la Escuela _____

_____ tiene mi consentimiento para participar en la
(Nombre del Estudiante)

excursión escolar a _____ el _____
Fecha(s)

Salida _____ A.M./P.M. Regreso _____ A.M./P.M.

Maestro/a que supervisará la excursión _____

ALMUERZO **METODO DE TRANSPORTACION**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> El alumno permanecerá en la escuela durante el almuerzo | <input type="checkbox"/> Caminando <input type="checkbox"/> Autobús escolar |
| <input type="checkbox"/> El alumno deberá traer su almuerzo sin debida | <input type="checkbox"/> Auto Particular |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Otro Medio _____ |

NOTA A LOS PADRES:

La Sección 1081.5 del Codigo de Educación del Estado de California en parte estipula:

"Todas las personas que vayan a la excursión escolar han renunciado a todo reclamo en contra del Distrito o del Estado de California por daños, accidentes, enfermedades o muerte que ocurran durante o/a consecuencia de la excursión escolar."

Seguro de accidentes puede comprarse por una tarifa mínima comunicándose con la escuela.

Estoy de acuerdo en indicar a mi hijo/a que coopere y se adhiera a las reglas e instrucciones del personal del distrito escolar encargado de esta actividad.

Firma de Consentimiento del Padre o Tutor Fecha

(El supervisor de esta actividad debera cortar aqui)

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO

Si mi hijo/a necesita tratamiento médico mientras participa en esta excursión, yo autorizo al personal del Distrito Escolar para que hagan lo que juzguen conveniente en obtener servicio médico para mi hijo/a y también autorizo al médico seleccionado por el personal del Distrito Escolar para que use el tratamiento médico necesario y apropiado. Tengo entendido que el Distrito Escolar no tiene seguro para cubrir tales costos de médico y hospital contraídos por mi hijo/a y por lo tanto, cualquier costo contraído por dicho tratamiento será mi responsabilidad.

Nombre del Alumno _____
Domicilio _____
Telefono del hogar _____
Telefono del trabajo del padre o tutor _____
Telefono para emergencia _____
Firma de autorización del padre o tutor _____
Fecha _____

POR FAVOR MARQUE AQUÍ SI HAY INSTRUCCIONES ESPECIALES CON RESPECTO A TRATAMIENTO MÉDICO ARCHIVADAS EN LA ESCUELA.