

Return by  
5/19/2017

**SAN LUIS COASTAL UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
PARENT/GUARDIAN APPROVAL FOR FIELD/STUDY TRIP PARTICIPATION  
AND AUTHORIZATION FOR EMERGENCY TREATMENT OF MINOR**

**Form must be completed and signed by the principal/designee prior to the field/study trip.**

STUDENT \_\_\_\_\_ SCHOOL LAMS CLASS/ACTIVITY 8 Grade  
PRINCIPAL/DESIGNEE APPROVAL Juan ce FIELD/STUDY TRIP 8th Grade Visit to SLOHS  
TEACHER/SUPERVISOR Scott Schalde CURRICULAR  EXTRACURRICULAR   
DATE(S) OF TRIP 5/23/2017 DEPART 0830 RETURN 1230  
TRANSPORTATION  District Vehicle  Private Vehicle  Charter Bus/Van  Walking Trip  
LOCATION San Luis Obispo High School  
SWIMMING, supervised by a Red Cross certified lifeguard, will be a permitted activity on this field/study trip.  Yes  No

**APPROVAL FOR STUDENT'S PARTICIPATION IN FIELD/STUDY TRIP**

My child named above has my permission to participate in the above field/study trip sponsored by the San Luis Coastal Unified School District, including side trips connected therewith. It is my understanding that this field/study trip is made pursuant to the provisions of Education Code Sections 35330 and 35350 and that such sections provide that all persons making the field/study trip shall be deemed to have waived all claims against the San Luis Coastal Unified School District, the San Luis Obispo County Superintendent of Schools, and the State of California for injury, illness, or death occurring during or by reason of the field/study trip. It is my further understanding that students will be under school supervision during this trip and transportation is being furnished as indicated above and authorized by the San Luis Coastal Unified School District.

**HEALTH CONDITIONS/ALLEGIES OR SPECIAL NEEDS:**

- My student has no special health needs the staff should be aware of, and no medication is required on the trip.
- My student has a special health need, and instructions are attached. If yes, please contact Nurse as soon as possible.

**AUTHORIZATION FOR EMERGENCY TREATMENT OF MINOR**

In the event reasonable attempts to contact me/us (parents/guardians) are unsuccessful, or until a parent/guardian can directly respond to the treatment facility or physician, I, the undersigned parent/guardian, grant full authorization for (1) the administration of any medical treatment deemed to be necessary by a medical physician or dentist; and (2) the transfer of my child to any medical physician or dentist for diagnosis or treatment; and (3) the transfer of my child to any licensed hospital or emergency clinic reasonably accessible. It is understood that this authorization is given in advance for any specific diagnosis, treatment, or hospital care required but is given to provide authority and power on the part of school authorities and medical/dental providers to give reasonable care. I also hereby agree to release and hold harmless any medical or dental provider from any and all liability except for liability arising from the sole negligence of the medical provider administering emergency medical treatment authorized by this document.

Date \_\_\_\_\_ This authorization is effective until \_\_\_\_\_  
Student's Address \_\_\_\_\_  
Home phone \_\_\_\_\_ Business/other phone(s) \_\_\_\_\_  
Student's primary physician \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
Health insurance and policy/group number \_\_\_\_\_

I understand and acknowledge that if these activities, by their very nature, pose the potential risk of serious injury/illness to individuals who participate in such activities; that some of the injuries/illnesses that may result from participating in these activities include, but are not limited to, the following: sprains/strains, fractured bones, unconsciousness, head and/or back injuries, paralysis, loss of eyesight, communicable disease, or death; that participation in these activities is completely voluntary and as such is not required by the San Luis Coastal Unified School District for course credit or for completion of graduation requirements; and that in order to participate in these activities, my child and I agree to assume liability and responsibility for any and all potential risks that may be associated with participation in such activities.

If **SWIMMING** is a permitted activity on this field trip,  **YES**, my child may participate.  **NO**, my child may not participate.

**Approval of Parent/Guardian:**

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_

**FORM MUST BE SIGNED FOR  
STUDENT TO GO ON TRIP.**

**DISTRITO EDUCACIONAL COSTERO UNIFICADO DE SAN LUIS**  
**PERMISO DEL PADRE O GUARDIÁN PARA PARTICIPAR EN EXCURSIÓN ESCOLAR Y**  
**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DE UN MENOR**

**El director/persona designada debe completar y firmar este formulario previo a la excursión.**

ALUMNO: \_\_\_\_\_ ESCUELA: LAMS CLASE/ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_ 8 Grade

APROBACIÓN DEL DIRECTOR/PERSONA DESIGNADA: *J. M. Ace*

EXCURSIÓN: 8th Grade Visit to SLOHS MAESTRO/SUPERVISOR: Scott Schalde

CURRICULAR  EXTRACURRICULAR  LOCALIZACIÓN \_\_\_\_\_

FECHA(S) DE LA EXCURSIÓN: 5/23/2017 PARTIDA: 8:30 am REGRESO: 12:30 pm

TRANSPORTE:  Vehículo del distrito  Vehículo personal  Autobús/charter particular  Caminando

La NATACIÓN, supervisado por una Socorrista, certificado por la Cruz Roja, será una actividad permitida en este viaje de excursión escolar. Sí  No

**PERMISO PARA LA PARTICIPACIÓN DEL ALUMNO EN UNA EXCURSIÓN**

Mi hijo/a mencionado anteriormente tiene mi permiso para participar en la excursión antedicha patrocinada por el Distrito Educativo Costero Unificado de San Luis, incluyendo viajes adicionales relacionados con éste. Comprendo que esta excursión se realiza conforme con las provisiones de las Secciones 35330 y 35350 del Código de Educación, y que tales secciones determinan que a todas las personas que participan en la excursión se les considera haber renunciado a toda demanda en contra del Distrito Educativo Costero Unificado de San Luis, el Superintendente de Escuelas del Condado de San Luis Obispo y el Estado de California, por daño, enfermedad o muerte que ocurriera durante o debido a la excursión. Además, entiendo que los niños estarán bajo supervisión de la escuela durante este viaje y que el transporte es el indicado en la parte superior de este formulario, y que el Distrito Educativo Costero Unificado de San Luis lo ha autorizado.

**NECESIDADES POR CONDICIONES MÉDICAS/ALERGIAS O ESPECIALES:**

Mi estudiante no tiene necesidades de salud especiales que el personal deba saber, y no se requiere ninguna medicina en el viaje.

Mi estudiante tiene una necesidad de salud especial, y las instrucciones están adjuntas.

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DE UN MENOR**

En el evento que sea imposible ponerse en contacto conmigo/nosotros (padres/guardianes) después de haber intentado en forma razonable o hasta que un padre/guardián pueda responder directamente al establecimiento de tratamiento o al médico, yo, el padre/guardián que firmo a continuación, doy completa autorización para (1) la administración de cualquier tratamiento médico que un doctor médico o dentista considere necesario; y (2) la transferencia de mi hijo/a a cualquier doctor médico o dentista para diagnóstico o tratamiento; y (3) la transferencia de mi hijo/a a cualquier hospital o clínica de emergencia licenciado razonablemente accesible. Se comprende que esta autorización se da de antemano para cualquier diagnóstico, tratamiento o cuidado de hospital específico requerido, pero se da para proporcionar autoridad y poder a las autoridades escolares y proveedores de servicio médico/dental para otorgar cuidado razonable. Por medio de la presente también acuerdo relevar y no hacer responsable a ningún proveedor de cuidado médico o dental de toda y cualquier responsabilidad, excepto la responsabilidad resultante de la sola negligencia del proveedor de servicio médico que administre tratamiento médico de emergencia autorizado por medio de este documento.

Fecha: \_\_\_\_\_ Esta autorización es válida hasta: \_\_\_\_\_

Dirección del alumno: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono(s) de negocio/otros: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera del alumno: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro de salud y grupo/número de la póliza: \_\_\_\_\_

Entiendo y reconozco que si estas actividades, por su propia naturaleza, presentan un riesgo potencial de daño grave o enfermedad a las personas que participan en tales actividades, que algunas de las lesiones / enfermedades que pueden resultar de la participación en estas actividades incluyen, pero no se limitan a, lo siguiente: esguinces, distensiones, fracturas de huesos, cabeza inconsciente, y / o lesiones en la espalda, parálisis, pérdida de la vista, las enfermedades transmisibles, o la muerte, que la participación en estas actividades es totalmente voluntaria y, como tal, no es requerido por de San Luis Costero del Distrito Escolar Unificado para crédito del curso o para la realización de los requisitos de graduación, y que para poder participar en estas actividades, mi hijo y yo estamos de acuerdo en asumir la responsabilidad y la responsabilidad de todas y todos los riesgos potenciales que pueden estar asociados con la participación en tales actividades.

Si la natación es una actividad permitida en este viaje de campo,

SÍ, mi niño tiene mi permiso para participar.  NO, mi niño no tiene mi permiso para participar.

**Permiso del Padre/Guardián:**

\_\_\_\_\_



**Es necesario que firme la forma para que el niño/a pueda ir en el viaje.**