



Cucamonga School District

**FIELD TRIP/ EXCURSION WAIVER & MEDICAL AUTHORIZATION-MINOR**  
**(Education Code Section 35330)**

Name of School: \_\_\_\_\_

I hereby give my permission for my child, \_\_\_\_\_ to participate in the field trip as a part of his/her regular school program. This trip is to be held at \_\_\_\_\_ from the hour(s) \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

I fully understand that my child is to abide by all rules and regulations governing conduct during the field trip. It is understood that any child determined to be in violation of these behaviors standards may be sent home at the parent or guardians' expense.

I understand and acknowledge that as provided in Education Code Section 35330, by consenting to allow my child to participate in the this field trip, I shall, any law, be deemed to have given up all claims against the Cucamonga School District and each of its officers, employees and agents (hereinafter collectively referred to as " District" ) for any injury, accident illness or death occurring during or by reason of the field trip. I also agree to relieve the District of any responsibility for damage or loss of my child's property occurring during or by reason of the field trip.

In the event of any illness or injury, I hereby consent to whatever x-ray, examination, anesthetic, medical dental or surgical diagnosis or treatment and hospital care from a licenses physician and/or surgeon as deemed necessary for the safety and welfare or my child. It is understood that the resulting expenses will be the responsibility of the parent(s), guardians(s), or participant. (Wherever possible, attempts will be made to contact the parent/ guardian prior to taking any medical action.)

Parent or Guardian: \_\_\_\_\_ Student: \_\_\_\_\_

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

Telephone: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian's Health Insurance Company: \_\_\_\_\_

Policy Number: \_\_\_\_\_

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

**IN THE EVENT OF ILLNESS OR ACCIDENT AND IF UNABLE TO CONTACT ABOVE, PLEASE CONTACT:**

Name	Address	Telephone

**SPECIAL NOTE TO PARENTS/GUARDIANS**

- (1) All medication (prescription and over-the counter) must be accompanied by the school medication consent from (signed by the physician and parent/guardian);
- (2) all medication must be kept and distributed by the staff on the field trip;
- (3)  check this box is there are no special problems that the staff should be aware of **no** medications are required on the trip. If your son or daughter has a special medical problem, kindly attach a description of that problem to this sheet.

**REMEMBER, THE SCHOOL DOES NOT CARRY STUDENT ACCIDENT INSURANCE.**



## DISTRITO ESCOLAR CUCAMONGA

### AUTHORIZATION/PERMISO MEDICO DE MENORES DURANTE PASEOS O EXCURSIONES ESCOLARES (Código de Education Sección 35330)

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Por la presente yo doy mi permiso para que mi hijo/a, \_\_\_\_\_, participe en el paseo educacional como parte regular de su programa escolar. Este paseo será en \_\_\_\_\_ partir de la hora(s), \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

Yo entiendo completamente que mi hijo/a tiene que obedecer todas las reglas y regulaciones que gobiernan la conducta durante este paseo escolar. Esta entendido que si cualquier alumno determinado a estar en violación de estas regulaciones, se puede mandar a sus casas y la responsabilidad del costo será de los padres del alumno.

Yo entiendo y reconozco que tal como lo proporciona el Código de Education de la Sección 35330, al dar mi permiso para que mi hijo/a participe en este paseo, yo debo de acuerdo con la ley, desistir y denunciar toda demanda contra del Distrito Escolar Cucamonga, y cada uno de sus oficiales, empleados o agentes (a continuación, colectivamente referido como "Distrito") por causa de cualquier accidente, enfermedad o muerte ocurrida durante o por razón del paseo escolar. Yo también me avengo que el Distrito tenga cualquier responsabilidad por daños o pérdida de la propiedad de mi hijo/a siendo ocurridas durante o por razón del paseo escolar.

En el evento de enfermedad o accidente, yo por la presente doy mi permiso para lo que sea necesario al diagnosticar, para el tratamiento ya sea rayos X, examinación, anestesia, o cirugía medica o dental, así también como el cuidado en el hospital con un doctor licenciado o cirurgico como sea necesario para la seguridad y el bienestar de mi hijo/a. Esta entendido que los gastos que resulten son la responsabilidad de los padres, tutores o el participante. (Cuando sea posible, se hará todo lo posible por comunicarse con el padre de familia o tutor antes de tomar cualquier acción médica.)

Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Alumno: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

Numero de la Póliza: \_\_\_\_\_

Firma de Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **EN EL EVENTO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y NO PUEDEN COMUNICARSE CONMIGO, FAVOR DE LLAMARA:**

Nombre

Dirección

Teléfono

### **NOTA ESPECIAL A LOS PADRES O TUTORES**

- (1) Todas las medicines tienen que ser registradas en esta forma; (2) todas las medicines con la excepción de las medicines que el alumno tiene que tener en sí mismo en caso de emergencia, deben permanecer guardadas distribuidas por una persona empleada; (3)  favor de marcar aquí si su hijo/ a no tiene problemas especiales que debemos saber y que no se necesitan medicines o medicamentos durante el paseo. Si su hijo/a tiene cualquier problema médico, favor de mandar una descripción del problema.

**REQUERDE QUE EL DISTRICO NO TIENE SEGURO CONTRA ACCIDENTES**