

SANTA MONICA MALIBU UNIFIED SCHOOL DISTRICT

(MINOR) STUDENT PARTICIPATION IN VOLUNTARY FIELD TRIP PARENTAL PERMISSION, ASSUMPTION OF RISK, AND MEDICAL TREATMENT AUTHORIZATION -- DISTRICT SPONSORED ACTIVITY

Type Of Field Trip (Circle)

Special Field Trip Overnight Field Trip Out of State and/or Foreign Travel Field Trip

Student's Name: _____ Date _____
 has permission to participate in the following field trip: **Program Description and Itinerary are attached along with an acknowledgment form regarding the nature of this trip, levels of supervision, and information pertaining to vendor selection. Please read this information carefully before signing the activity acknowledgment form and waiver of liability attached to this form.**

Destination/Nature of Activity: Santa Monica High School Wind Ensemble Rome Tour
 (Please be specific.) April 6-13, 2019

Dates: Itinerary Attached; please read carefully and note all travel arrangements.

Person in Charge: Please read information pertaining to supervision levels, positions of supervisors, etc., carefully before signing the activity acknowledgment form and waiver of liability.

Type of Transportation: Various modes of transportation may be used, some of which involve a risk that cannot be ascertained by Santa Monica Malibu School District.

Health or special needs: Check as appropriate.

	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 need, and instructions are attached. Number of attached pages: _____.
	Other: _____

In the event of illness or injury, I do hereby consent to whatever x-ray examination, anesthetic, medical, surgical or dental diagnosis or treatment and hospital care and transportation considered necessary in the best judgment of the attending physician, surgeon, or dentist and performed under the supervision of a member of the medical staff of the hospital or facility furnishing medical or dental services. I further acknowledge that the District does not provide medical coverage for participants in this activity.

I fully understand that participants are to abide by all rules and regulations governing conduct during the trip.

As provided for in California Education Code Section 35330, I agree to waive all claims against the Santa Monica Malibu School District (District) and hold the 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. This waiver shall not apply to any occurrences which may arise solely out of the negligence of the District, its employees or agents.

Signature (Parent/Guardian) _____ Please Print _____ Date _____

Work Phone () _____ Home Phone () _____

Student's Signature _____ Student's Date of Birth _____

Family Medical Insurance Carrier: _____ Policy Number: _____
 (Example, Blue Cross)

In the event of an emergency, please contact:

Name _____ Relationship _____ Work Phone () _____
 Home Phone () _____

SANTA MONICA MALIBU SCHOOL DISTRICT
PERMISO PATERNAL PARA LA PARTICIPACION DEL (MENOR) ESTUDIANTE EN VIAJE DE ESTUDIO
VOLUNTARIO PATROCINADO POR EL DISTRITO

Tipo de Viaje (circule uno)

Viaje Escolar Especial

Viaje Escolar de Noche

Viaje Escolar Fuera del Estado y/o al Extranjero

Fecha

Nombre del Estudiante: _____ tiene permiso para participar en el siguiente viaje de escolar: Descripción del programa y Itinerario se adjuntan junto con una forma de aceptación el tipo de este viaje escolar, los niveles de supervisión y la información relativa a la selección de proveedores. Por favor, lea atentamente esta información antes de firmar el forma de aceptación de la actividad y exención de responsabilidad se adjunta.

Destino / Naturaleza de la Actividad: Santa Monica High School Wind Ensemble Rome Tour
 (Por favor sea específico) April 6-13, 2019

Fechas: Itinerario adjunto: por favor lea cuidadosamente y apunte todos los arreglos del viaje.

Persona Responsable: Por favor lea cuidadosamente la información correspondiente a los niveles de supervisión, posiciones de supervisores, etc., antes de firmar la forma de aceptación de la actividad y exención de responsabilidad.

Tipo de Transporte: Varias formas de transporte pueden ser usadas, algunas de las cuales incluyen un riesgo que no puede ser determinado por el Distrito de Santa Mónica Malibu.

Salud o necesidades especiales: Marque según sea apropiado

<input type="checkbox"/>	Mi estudiante no tiene necesidades de salud especiales acerca de las cuales el personal deba estar al tanto, y no requiere medicamento en el viaje
<input type="checkbox"/>	Mi estudiante tiene una necesidad especial, y las instrucciones están adjuntas. Número de páginas adjuntas: _____.
<input type="checkbox"/>	Otro:

En el caso de enfermedad o lesión, por la presente doy consentimiento para cualquier examen de rayos x, anestesia, diagnóstico médico, de cirugía o dental o tratamiento y cuidado de hospital y transportación que sean considerados necesarios en la opinión del doctor, cirujano o dentista que lo atienda y efectuado bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o instalaciones que provean los servicios médicos o dentales.

Entiendo completamente que los participantes deben cumplir con todas las reglas y reglamentos de conducta aplicadas durante el viaje.

Como es provisto por la Sección 35330 del Código de Educación de California, estoy de acuerdo a renunciar a todos los reclamos en contra del Santa Monica Malibu School District (Distrito) y mantener al Distrito, sus oficiales, agentes y empleados inocuos de cualquiera y toda responsabilidad o reclamo, el cual pueda surgir de o en conexión con la participación de mi niño en esta actividad. Esta renuncia no deberá aplicar a cualquier ocurrencia que pueda surgir únicamente por negligencia del Distrito, sus empleados o agentes.

 Firma (Padre o Tutor) Por Favor con Letra de Molde Fecha

Tel. de Trabajo () _____ Tel. De la Casa () _____

 Firma del Estudiante Fecha de Nacimiento del Estudiante

Portador de Seguros Médicos de la Familia: _____ Número de Póliza: _____
 (Ej. Blue Cross)

En caso de una emergencia, por favor contacten a:

 Nombre Relación Tel. de Trabajo () _____
Tel de la Casa () _____