

WEST CONTRA COSTA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Richmond, California

PARENT PERMISSION FORM FOR STUDY TRIP AND WAIVER OF LIABILITY

NOTICE TO PARENTS:

On \_\_\_\_\_ the \_\_\_\_\_ grade(s) class(es) will go on a study trip to \_\_\_\_\_ by \_\_\_\_\_ bus \_\_\_\_\_ private vehicle \_\_\_\_\_ walking trip \_\_\_\_\_ public transit: \_\_\_\_\_ and will return on \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_ a.m./p.m.

Written permission and waiver of liability from parent or guardian must be on file for each student attending this trip. Kindly fill out the lower portion of this form and return it to the school.

The study trip is voluntary; your child is not required to attend. If your child does not attend, alternate activities will be provided to him/her at the school.

Thank you,

Principal Signature

Dated

Teacher Signature

Dated

Tear at the dotted line and save the upper portion for future reference

Return this Portion to your Child's Teacher

I hereby give my permission for \_\_\_\_\_ to participate in the following voluntary activity:

Destination:



Departure

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Return

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Does your child receive free or reduced lunch? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

If yes, will your child need a lunch for the study trip? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

In the event of illness or injury, I do hereby authorize the activity supervisor to consent to whatever emergency medical, surgical or dental care is considered necessary in the best judgment of the attending physician, surgeon or dentist. I agree to pay for such medical care whether or not the costs are insured by my health insurance. I understand that an attempt will be made to contact me, by telephone if possible, before such care is administered.

Phone Number(s) where parent(s)/guardian(s) can be reached: \_\_\_\_\_

Name of Medical Insurance: \_\_\_\_\_ Emergency medical contact number(s): \_\_\_\_\_

Medical history that may be of importance: \_\_\_\_\_

Medication student is taking (if any): \_\_\_\_\_ Medication student should not take: \_\_\_\_\_

I understand that participants in this study trip are to abide by all rules and regulations governing conduct during the study trip and that any violation of these rules and regulations can result in my child being sent home at his/her and/or my expense.

Pursuant to California Education Code section 35330, I, the undersigned, the parent or legal guardian of the above named participant, acknowledge that as a condition of my son/daughter/ward participating in said activity, hereby agree to hold harmless, and waive all claims and liability against the West Contra Costa Unified School District, its officers, agents, employees, and volunteers, for injury, accident, illness, or death occurring during or by reason of this study trip.

I have read, understand, and agree to all provisions stated above. I give my permission for my child to attend this study trip.

Parent Name: \_\_\_\_\_

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

Date: \_\_\_\_\_

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

Phone: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA UNA EXCURSIÓN DE ESTUDIOS  
Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**NOTIFICACIÓN A LOS PADRES:**

El \_\_\_\_\_ la(s) clase(s) de \_\_\_\_\_ grado irá en una excursión de estudio a \_\_\_\_\_

Por \_\_\_\_\_ autobús \_\_\_\_\_ vehículo privado \_\_\_\_\_ caminando \_\_\_\_\_ transporte público: \_\_\_\_\_

y volverá el \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ a.m./p.m.

El permiso de los padres o encargados y la liberación de responsabilidad por escrito debe estar en archivo antes que el alumno pueda asistir a esta excursión de estudios. Por favor llene la sección inferior de este formulario y devuélvalo a la escuela.

La excursión de estudios es voluntaria; **no** es obligatorio que su hijo/a vaya. Si su hijo/a no participa de la excursión, se le proveerá actividades alternativas en la escuela.

Gracias,

\_\_\_\_\_  
Director

\_\_\_\_\_  
Maestro

\_\_\_\_\_  
Fecha

Corte en la línea de punto y guarde la porción de arriba para futuras referencias

-----  
**Devuelva esta sección al maestro de su hijo/a**

Por este medio autorizo a \_\_\_\_\_ para que participe en la siguiente actividad voluntaria:

Destino:

↓  
\_\_\_\_\_ Fecha de partida: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Fecha de regreso: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Recibe su hijo/a almuerzo gratuito o reducido \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
Si recibe almuerzo gratuito, va a necesitar su hijo/a almuerzo el día de la excursión? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

En caso de enfermedad o accidente, por este medio autorizo al supervisor de actividades a consentir cualquier cuidado de emergencia médica, ya sea quirúrgica, o dental, considerado necesario a juicio del médico o dentista que le está asistiendo. Estoy de acuerdo en pagar el cuidado médico aunque el costo no esté cubierto por el seguro médico o dental. Entiendo que harán un intento de contactarse conmigo, por teléfono si fuese posible, antes de que el cuidado médico le sea administrado.

Número(s) de teléfono donde se le puede hablar al padre/madre/encargado(s): \_\_\_\_\_

Nombre del seguro médico: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono para emergencia médica: \_\_\_\_\_

Historial médico que puede ser de importancia: \_\_\_\_\_

Medicamento que su hijo/a está tomando (si lo hay): \_\_\_\_\_ Medicamento que su hijo/a **no debe** tomar: \_\_\_\_\_

Entiendo que los participantes en esta excursión de estudios deben atenerse a todas las reglamentaciones y reglas establecidas de conducta durante esta excursión de estudios y cualquier falta a estas reglamentaciones y reglas puede causar el retorno de mi hijo/a a casa a expensa mía.

En conformidad con la sección 35330 del Código de Educación de California, yo, el abajo firmante, padre/madre o encargado legal del participante cuyo nombre menciono arriba, estoy en conocimiento que como una condición de mi hijo/a o menor bajo mi tutela participante en dicha actividad, por este medio renuncio a todo reclamo y libero de responsabilidad al Distrito Escolar Unificado de West Contra Costa, a sus funcionarios, agencias colaboradoras, sus empleados y voluntarios de lesión, enfermedad o pérdida de cualquier clase o muerte de mi hijo/a, menor de edad pueda sufrir ocurrida durante esta excursión o como resultado de participar en dicha excursión.

**He leído, comprendido y estoy de acuerdo con todas cláusulas mencionadas arriba. Autorizo a mi hijo/a a participar en esta excursión de estudios.**

Nombre del padre/madre: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_