



FIELD TRIP PERMISSION FORM

Informed Consent Form – District Curricular/Co-curricular/Interscholastic Activities

Student Name _____

General Information

Date _____

The _____ is planning a trip to _____

The purpose of this trip is _____

Trip Destination _____ Phone No. _____

Address _____ Place of Lodging _____

We will leave from _____ about (time) _____ [] AM [] PM

on (date) _____. We will return to the school on (day) _____ (date) _____

at about (time) _____ [] AM [] PM [] Itinerary is attached. [] List of items needed is attached.

Attending:

Number of Students []

Minimum Number of Adults []

Type of Transportation

[] District Vehicle [] Commercial Transportation [] District Bus [] Other (explain) _____

Medical Information

The following special health problems should be noted, and adequate precautions taken (list such items as unusually severe reaction to bee stings, other severe allergies, hemophilia, diabetes, heart disease, etc.) _____

The following medications, prescriptions or special diets are needed: _____

Meal Information

If lunch is required for this trip, lunch will be provided by:

___ The school, my child will need a sack lunch (Sample sack lunch: sandwich, chips, cookie, fruit and juice).

___ Parent, my child will bring a sack lunch from home.

Medical Release

In the event of an accident or illness, I understand that reasonable effort will be made to contact the parent immediately. However, if I am not available, I authorized the school district to secure emergency medical care as needed.

I understand the school district does not purchase or have medical/dental/hospitalization insurance to cover injuries to participants, or to indemnify parents for expenses in connection therewith, and such insurance, if desired, must be purchased separately by the parent or guardian.

Although I understand the school district will make a reasonable effort to provide a safe environment, I am fully aware of the special dangers and risks inherent in participating in the activity and understand the district will be following COVID-19 guidelines as outlined by OSPI, the Governor's office and the CDC. By signing this form, you are acknowledging that COVID-19 and other communicable diseases are in the community, and as such, may pose a risk. It is imperative you decide whether participation in this activity is safe for your student. For out of state and overnight trips, if your student contracts COVID-19 guardians will be responsible for supervising during the isolation period and transporting home.

Being fully aware of the risks, I hereby give consent for (student) _____ to participate in the activity.

Parent Name _____ Home Phone No. _____

Home Address _____ Work Phone No. _____

Signature of Parent/Guardian _____ Emergency No. _____

Date _____



FORMULARIO DE PERMISO DE PASEO ESCOLAR

Formulario de Consentimiento Informado – Actividades Curriculares/Co-curriculares/Inter escolares del Distrito

Nombre del Estudiante _____ Fecha _____

Información General

El/la _____ está planeando un paseo a _____

El propósito de este paseo es _____

Destino del Paseo _____ Teléfono _____

Dirección de Paseo/lugar _____ Alojamiento _____

Saldremos desde _____ aproximadamente (hora) _____ [] AM [] PM

El día (Fecha) _____ Regresaremos a la escuela el (fecha) _____

aproximadamente (hora) _____ [] AM [] PM [] Se adjunta el itinerario. [] Se adjunta la lista de artículos necesarios.

Asistiendo: Número de estudiantes [] Número mínimo de adultos []

Tipo de Transporte

[] Vehículo de distrito [] Transporte comercial [] Autobús de distrito [] Otro (explicar) _____

Información Médica

Se deben tener en cuenta los siguientes problemas de salud especiales y tomar las precauciones adecuadas (anote problemas tales como reacción inusualmente grave a las picaduras de abejas, otras alergias graves, hemofilia, diabetes, enfermedades cardíacas, etc.) _____

Se necesitan los siguientes medicamentos, recetas o dietas especiales: _____

Información Sobre Comidas

Si se requiere almuerzo para este viaje, el almuerzo será proporcionado por:

___ La escuela, mi hijo/a necesitará un almuerzo de saco (Por ejemplo: sándwich, papas fritas, galleta, fruta y jugo).

___ Padre, mi hijo traerá un saco de almuerzo de casa.

Liberación Médica

En el caso de un accidente o enfermedad, entiendo que se hará un esfuerzo razonable para ponerse en contacto con el padre de inmediato. Sin embargo, si no estoy disponible, autoricé al distrito escolar a asegurar la atención médica de emergencia según sea necesario.

Entiendo que el distrito escolar no compra ni tiene seguro médico / dental / de hospitalización para cubrir las lesiones a los participantes, o para indemnizar a los padres por los gastos relacionados con el mismo, y dicho seguro, si lo desea, debe ser comprado por separado por el padre o tutor.

Aunque entiendo que el distrito escolar hará un esfuerzo razonable para proporcionar un ambiente seguro, soy plenamente consciente de los peligros y riesgos especiales inherentes a participar en la actividad y entiendo que el distrito seguirá las pautas de COVID-19 según lo descrito por OSPI, la oficina del gobernador y el CDC. Firmando este formulario, usted está reconociendo que COVID-19 y otras enfermedades transmisibles están en la comunidad, y como tal, pueden representar un riesgo. Es imperativo que usted decida si la participación en esta actividad es segura para su estudiante. Para viajes fuera del estado y durante la noche, si su estudiante contrata COVID-19, los tutores serán responsables de supervisar durante el período de aislamiento y transportar a casa.

Siendo plenamente consciente de los riesgos, doy mi consentimiento para (estudiante) _____ participe en la actividad.

Nombre del Padre _____ Teléfono _____ Teléfono del trabajo _____

Teléfono de Emergencia _____ Domicilio _____

Firma de la fecha del padre/tutor _____ Fecha _____