



VALLEY HOME JOINT SCHOOL DISTRICT

13231 Pioneer Avenue * Valley Home, CA 95361

Phone (209) 847-0117 * Fax (209) 848-9456

2024-25

FIELD TRIP WAIVER AND MEDICAL AUTHORIZATION

Dear Parent/Guardian:

My child, _____, in _____ grade has my permission to participate in field trips and to be transported to any event/activity for the 2024-2025 school year.

I am aware that during any field trip or excursion certain dangers may occur, including but not limited to, the hazards of accidents or illness in places without medical facilities, hazards created by the forces of nature, and hazards of travel by air, train, bus, automobile, walking, and other means, including the loss of any and all personal property, including cell phones, or electronic devices.

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 are considered necessary in the best judgment of the attending physician, surgeon, dentist and performed by or under the supervision of a member of the medical staff of the hospital or facility furnishing medical or dental services.

As stated in California Education Code Section 35330, I understand and do hereby assume all of the above mentioned risks, will hold the Valley Home Joint School District, its officers, agents and employees, harmless from any and all liability or claims whatsoever, which may arise out of or in connection with a trip or participation in any activities arranged for the participant by the Valley Home Joint School District. The terms thereof shall serve as a release and assumption of risk for my heirs, executor and administrators and for all members of my family.

I fully understand that participants are to abide by all rules and regulations governing conduct during the trip. Any violation of these rules and regulations may result in that individual being sent home at his/her and/or parent's expense.

Signature of parent/guardian

Date

Phone

Family Medical Insurance Carrier

Policy Number

Address

A special note to parents/Guardians: (1) **Check here if there are special problems that the staff should be aware of and medications are required on the trip;** (2) All medications must be registered on this form and have a doctor note on file with the school office; (3) All medication, except those which must be kept on the student's person for emergency use, must be kept and distributed by the staff; (4) If any medication(s) are to be taken by student, list name of medication and reason.

Name of Medication and reason



VALLEY HOME JOINT SCHOOL DISTRICT

13231 Pioneer Avenue * Valley Home, CA 95361

Phone (209) 847-0117 * Fax (209) 848-9456

2024-25

EXENCIÓN DE VIAJE DE ESTUDIOS Y AUTORIZACIÓN MÉDICA

Estimado Padre/Guardián:

Mi hijo, _____, en grado _____ tiene mi permiso para participar en excursiones y ser transportado a cualquier evento/actividad para el año escolar 2024-2025.

Soy consciente de que durante cualquier excursión o excursión pueden ocurrir ciertos peligros, incluidos, entre otros, los peligros de accidentes o enfermedades en lugares sin instalaciones médicas, los peligros creados por las fuerzas de la naturaleza y los peligros de viajar por aire, tren, autobús, automóvil, caminar y otros medios, incluida la pérdida de cualquier propiedad personal, incluidos teléfonos celulares o dispositivos electrónicos.

En caso de enfermedad o lesión, por la presente doy mi consentimiento para cualquier radiografía, examen, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico o dental y atención hospitalaria que se considere necesaria según el mejor juicio del médico tratante, cirujano, dentista y que se realice por o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o centro que brinda servicios médicos o dentales.

Como se indica en Código de Educación de California Sección 35330, entiendo y por la presente asumo todos los riesgos mencionados anteriormente, eximirá al Distrito Escolar Conjunto de Valley Home, sus funcionarios, agentes y empleados de cualquier responsabilidad o reclamo que pueda surgir de o en relación con un viaje o participación en cualquier actividad organizada para el participante por el Distrito Escolar Conjunto de Valley Home. Los términos del mismo servirán como liberación y asunción de riesgo para mis herederos, albacea y administradores y para todos los miembros de mi familia.

Entiendo completamente que los participantes deben cumplir con todas las normas y reglamentos que rigen la conducta durante el viaje. Cualquier violación de estas reglas y regulaciones puede resultar en que esa persona sea enviada a casa a expensas suyas y/o de sus padres.

Compañía de seguro médico	Número de póliza	Dirección
---------------------------	------------------	-----------

Firma del padre/guardián	Fecha	Teléfono
--------------------------	-------	----------

Una nota especial para los padres/tutores: (1) **Marque aquí si hay problemas especiales que el personal deba conocer y se requieren medicamentos en el viaje;** (2) Todos los medicamentos deben estar registrados en este formulario y tener una nota del médico archivada en la oficina de la escuela; (3) Todos los medicamentos, excepto aquellos que deben llevarse en la persona del estudiante para uso de emergencia, deben ser guardados y distribuidos por el personal; (4) Si el estudiante debe tomar algún medicamento, indique el nombre del medicamento y el razón.

Nombre del medicamento y razón