



Los Molinos Unified School District

7851 Highway 99E, Los Molinos, CA 96055

Phone (530) 384-7826, Fax (530) 384-7832

LOS MOLINOS UNIFIED SCHOOL DISTRICT VOLUNTARY EXCURSION/FIELD TRIP NOTICE AND MEDICAL AUTHORIZATION – MINOR

Dear Parent/Guardian:

Throughout the school year, your child will have an opportunity to participate in VOLUNTARY off-campus field trips/excursions. These activities may include but are not limited to:

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| - government offices | - parks and zoos | - athletic events |
| - conferences and meetings | - local businesses | - entertainment events |
| - exhibitions and fairs | - museums/cultural centers | - etc. |

I hereby authorize _____ (student) to participate in these voluntary activities throughout the school year unless this authorization is revoked by me in writing.

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 judgement of the attending physician, surgeon, or 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 that I waive all claims against the LOS MOLINOS UNIFIED SCHOOL DISTRICT, its officers, agents and employees for any injury, accident, illness, or death occurring during or by reason of this field trip or excursion, including acts of negligence by the LOS MOLINOS UNIFIED SCHOOL DISTRICT, its officers, agents or employees.

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 the expense of his/her parent/guardian.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Student Signature: _____ Date of Birth: _____

Medical Insurance Carrier _____

Policy No. _____

Address: _____

A special note to Parent/Guardian:

1. All drugs must be registered on this form.
2. All drugs, excepting those which must be kept on the student's person for emergency use, must be kept and distributed by the staff.
3. ____ Check here if there are special problems that the staff should be aware of and no drugs are required on the trip.
4. If any medication or drugs are to be taken by student, list them here: (Name of drug and reason) _____. If your son or daughter has a special medical problem, kindly attach a description of that problem to this sheet.



Los Molinos Unified School District

7851 Highway 99E, Los Molinos, CA 96055

Phone (530) 384-7826, Fax (530) 384-7832

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS MOLINOS AVISO DE EXCURSIÓN VOLUNTARIA Y AUTORIZACIÓN MÉDICA – MENOR DE EDAD

Estimado Padre/Tutor:

A lo largo del año escolar, su hijo/a tendrá la oportunidad de participar en excursiones VOLUNTARIAS fuera de la escuela. Estas actividades pueden incluir, entre otras:

- oficinas gubernamentales
- parques y zoológicos
- eventos deportivos
- conferencias y reuniones
- negocios locales
- eventos de entretenimiento
- exposiciones y ferias
- museos / centros culturales
- etc.

Por la presente autorizo a _____ (estudiante) a participar en estas actividades voluntarias durante el año escolar a menos que yo revoque esta autorización por escrito.

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

Como se establece en la Sección 35330 del Código de Educación de California, entiendo que renuncio a todos los reclamos contra el DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS MOLINOS, sus oficiales, agentes y empleados por cualquier lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurra durante o por motivo de esta excursión o excursión, incluidos actos de negligencia por parte del DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS MOLINOS, sus funcionarios, agentes o empleados.

Entiendo completamente que los participantes deben cumplir con todas las reglas y regulaciones 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 de su padre/tutor.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Firma de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Aseguranza Medica: _____ Numero de Póliza: _____
Dirección de Aseguranza: _____

Una nota especial para el padre / tutor:

1. Todos los medicamentos deben registrarse en este formulario.
2. Todas las drogas, excepto aquellas que deben mantenerse en la persona del estudiante para uso de emergencia, deben ser guardado y distribuido por el personal.
3. ____ Marque aquí si hay problemas especiales que el personal debe conocer y no hay medicamentos requerido en el viaje.
4. Si el estudiante debe tomar algún medicamento o drogas, indíquelo aquí: (Nombre del medicamento y motivo) _____. Si su hijo o hija tiene un problema médico especial, por favor adjunte una descripción de ese problema a esta hoja.