

HBCU College Fair
@ Moreno Valley H.S.
23300 Cottonwood Ave.
Moreno Valley, CA 92553

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PASADENA
PERMISO DE LOS PADRES Y FORMA DE EXENCIÓN
VIAJES Y EXCURSIONES ESCOLARES

POR FAVOR TOME NOTA:

El Código de Educación del Estado de California, Sección 35330, en parte, dispone lo siguiente: Se considerará que todas las personas que efectúan viajes o excursiones han renunciado a todo reclamo contra el distrito, una escuela charter o el Estado de California en caso de lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurra durante o por motivo del viaje o excursión. Todos los adultos que salgan a otro estado debido a paseos o excursiones, así como los padres o tutores de los alumnos que salgan del estado a paseos o excursiones deberán firmar una declaración renunciando a todo reclamo. Se reconoce que la participación en el viaje u excursión es completamente voluntaria. No hay consecuencias si decide que su hijo no participe.

PERMISO DE LOS PADRES DE FAMILIA

Los padres de familia o el tutor otorgan el permiso en caso de viajes o excursiones durante el transcurso del año escolar, con la siguiente forma:

Mi hijo, _____ inscrito en la escuela _____ cuenta con mi autorización para que participe en viajes o excursiones escolares durante el año escolar

La autorización será por el periodo de 9/18/19 2:00pm a 9/18/19 7:15pm.

Firma del padre, la madre o el tutor

Fecha

 Por favor, marque aquí en caso de que en el expediente escolar del estudiante existen instrucciones para algún tratamiento médico en especial.

AUTORIZACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

En caso de que sea necesario que mi hijo tenga tratamiento médico durante su participación en este viaje, le permito al personal del Distrito Escolar Unificado de Pasadena que aplique su criterio para obtener el servicio médico para el niño y doy permiso al médico seleccionado por el Distrito Escolar Unificado de Pasadena para ofrecer el tratamiento médico necesario y apropiado. Entiendo que el Distrito Escolar Unificado de Pasadena no tiene seguro que cubra dichos gastos médicos o de hospital incurridos por mi hijo y, por lo tanto, cualquier costo incurrido por dicho tratamiento será mi responsabilidad.

Escuela _____

Fecha _____

Nombre del estudiante _____

Teléfono para urgencias _____

Dirección _____

Nombre del padre _____

Firma del padre _____

Trip Details:
HBCU College Fair
@Moreno Valley H.S.
23300 Cottonwood Ave.
Moreno Valley, CA 92553

PASADENA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
PARENTAL PERMISSION AND RELEASE FORM
SCHOOL FIELD TRIPS AND/OR EXCURSIONS

PLEASE NOTE:

California State Education Code, Section 35330 in part provides:
All persons making the field trip or excursion shall be deemed to have waived all claims against the district, a charter school, or the State of California for injury, accident, illness, or death occurring during or by reason of the field trip or excursion. All adults taking out-of-state field trips or excursions and all parents or guardians of pupils taking out-of-state field trips or excursions shall sign a statement waiving all claims. It is acknowledged that participation in the field trip is completely voluntary. There is no consequence if you choose not to have your child participate.

PARENTAL PERMISSION

Permission to participate in a school field or excursion any time during the school year is given as follows, by the parent/guardian:

My child, _____ whose school of attendance is _____ has my permission to participate in a school field trip or excursion any time during the school year.

This parental permission is for the period of 9/10/19 2:00pm through 9/10/19 7:15pm.

Signature of Parent/Guardian

Date

Please check here if instructions for special medical treatment for the student are on file in the school.

MEDICAL AUTHORIZATION

Should it be necessary for my child to have medical treatment while participating in this trip, I hereby give the Pasadena Unified School District personnel permission to use their judgment in obtaining medical service for the child and I give permission to the physician selected by the Pasadena Unified School District personnel to render medical treatment deemed necessary and appropriate by the physician. I understand that the Pasadena Unified School District has no insurance covering such medical or hospital costs incurred for my child and, therefore, any cost incurred for such treatment shall be my sole responsibility.

School _____

Date _____

Student Name _____

Emergency Telephone No. _____

Address _____

Print Parent Name _____

Parent Signature _____