



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT

REFERENCE GUIDE

ATTACHMENT H

PARENT'S OR GUARDIAN'S PERMISSION FOR A FIELD TRIP AND AUTHORIZATION FOR MEDICAL CARE – TRIP SLIP

To the Principal of School: _____
_____ has my permission to participate in the
(Student Name: please print)

field trip location: _____ on _____
Date(s)

Departure time: _____ A.M. / P.M. Return time: _____ A.M. / P.M.

Supervising Teacher (please print): _____

LUNCH

- ☐ Student will be at school during lunch.
☐ Student will be off-site during lunch

PARENT MUST CHECK OPTION BELOW:

- ☐ My child is requesting a lunch from the Cafeteria,
I will send appropriate payment based on my child's meal
eligibility (free, reduced, full price)
☐ My child will bring a sack lunch without liquid.

METHOD OF TRANSPORTATION

- ☐ Student will ride on School Bus
☐ Student will ride in Private Vehicle.
☐ Student is **Walking**.
☐ Other _____

Parent or Guardian Authorization Signature Date: _____

(INFORMATION TO BE COMPLETED BY PARENT AND TO BE REMOVED BY SUPERVISING TEACHER)

AUTHORIZATION FOR MEDICAL CARE

I permit the School District to transport/ house/care for my child as necessary if an (non-medical) emergency occurs during the field trip. Should it be necessary for my child to have medical care while participating in this trip, I hereby give the School District personnel permission to use their judgment in obtaining medical care for the child, and I give permission to the health care provider selected by the School District personnel to render medical care deemed necessary and appropriate by the provider. I understand that the District is responsible for the conduct or safety of a student only while the student remains under the constant, direct and immediate supervision of the field trip supervisor(s). I also understand that for field trips where constant, direct and immediate supervision isn't possible, the District requires students to be insured under separate, "Short Term 24-Hour" coverage.

Student Name: _____

Home Address: _____

Home Telephone Number: _____

Business Telephone Number: _____

Emergency Telephone Number: _____

Authorized Signature of Parent or Guardian Date: _____

Parent or Guardian's Name (please print)

☐ PLEASE CHECK HERE IF INSTRUCTIONS FOR SPECIAL MEDICAL TREATMENT FOR THE STUDENT ARE ON FILE IN THE SCHOOL.

PARENTS, PLEASE NOTE: Section 35330 of the California Education Code states in part: "All persons making the field trip shall be deemed to have waived all claims against the District or the State of California for injury, accident, illness, or death occurring during or by reason of the field trip or excursion". Accident insurance can be purchased for a minimum daily rate by contacting the school.

To be completed only upon emergency release of student to authorized parent or guardian during the trip. Student released to:

Parent or Guardian name (please print) _____ Signature _____



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT

REFERENCE GUIDE

ATTACHMENT I - Parent Permission Slip and Medical Authorization- Spanish

PERMISO POR PARTE DEL PADRE, LA MADRE, EL TUTOR O LA TUTORA PARA UNA EXCURSIÓN ESCOLAR
Y AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MÉDICA - CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN DE VIAJE

Al director o directora de la escuela _____.

_____ tiene mi permiso para participar en...

(Nombre y apellido del alumno: con letra de molde por favor)

Lugar de la excursión escolar: _____ el _____

Hora de salida: _____ A.M./P.M. Hora de regreso: _____ A.M./P.M.

Maestro(a) supervisor(a) (por favor, con letra de molde):

ALMUERZO

___ El alumno, o la alumna, estará en la escuela durante el almuerzo.

___ El alumno, o la alumna, estará fuera del plantel durante el almuerzo.

MÉTODO DE TRANSPORTE

___ El alumno, o la alumna irá
en el autobús escolar.

___ El alumno, o la alumna irá en
vehículo privado.

___ El alumno, o la alumna, camina.

___ Otro medio de transporte

EL PADRE O LA MADRE DEBE MARCAR

UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

___ Mi hijo(a) solicita un almuerzo de la cafetería.

Enviaré el pago apropiado con base al derecho de comida de mi hijo(a)
(gratuito, precio reducido, precio total).

___ Mi hijo **traerá un almuerzo en bolsa sin líquido**

Firma de autorización del padre, la madre, el tutor o la tutora _____

Fecha _____

(LA INFORMACIÓN SERÁ LLENADA POR EL PADRE O LA MADRE, Y EL MAESTRO O MAESTRA QUE SUPERVISE LA RECOGERÁ)

AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA

Doy permiso al Distrito Escolar para transportar /alojar/ cuidar de mi hijo si fuera necesario en caso de una emergencia (no médica) durante la excursión. Si fuera necesario que mi hijo reciba atención médica durante su participación en este viaje, doy permiso al personal del Distrito Escolar para que determine por juicio propio la obtención de atención médica para el niño, y autorizo al médico seleccionado por el personal del Distrito Escolar para que le rinda atención médica si el proveedor lo considerara necesario y apropiado. Entiendo que el Distrito es responsable por la conducta o seguridad de un estudiante sólo mientras el estudiante permanezca bajo la supervisión constante, directa e inmediata del supervisor de la excursión. También, entiendo que en las excursiones donde no fuera posible una supervisión constante, directa e inmediata, el Distrito requiere que los estudiantes estén asegurados bajo una cobertura separada de "Corto Plazo por 24 horas".

Nombre y apellido del alumno: _____

Domicilio del hogar: _____

Número de teléfono en casa: _____

Número de teléfono en el trabajo: _____

Número de teléfono para emergencia: _____

Firma de autorización del padre, la madre, el tutor o la tutora _____

Nombre y apellido del padre, la madre, el tutor o la tutora
(por favor con letra de imprenta)

Fecha: _____

☐ POR FAVOR MARQUE CON UN X AQUÍ SI LAS INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA ESPECIAL DEL ALUMNO O ALUMNA ESTÁN EN EL EXPEDIENTE DE LA ESCUELA.

PADRES DE FAMILIA, POR FAVOR NOTEN: El artículo 35330 del Código de Educación de California declara en parte: "Se considerará que todas las personas que hagan la excursión han renunciado a todos los reclamos en contra del Distrito o el Estado de California por lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurran durante o por razón de la excursión o el viaje escolar." Se puede comprar un seguro de accidente por una cuota diaria mínima a través de la escuela. Esta institución es un entidad que proporciona oportunidades equitativas.

To be completed only upon emergency release of student to authorized parent or guardian during the trip. Student released to:

Parent or Guardian name (please print) _____

Signature _____