

VOLUNTARY EXCURSION/FIELD TRIP NOTICE AND MEDICAL AUTHORIZATION

Parent/Guardian,

My son/daughter _____ has my permission to participate in the following voluntary activity: **Intramural Sports Away Games**

Destination may include the following school sites: Camino Real, Del Sol Academy, Glen Avon, Granite Hill, Ina Arbuckle, Indian Hills, Mission Bell, Pacific Ave., Pedley, Peralta, Rustic Lane, Sky Country, Stone Ave., Sunnyslope, Troth St., Van Buren, & West Riverside, Jurupa Middle, Mira Loma Middle, Mission Middle, Jurupa Valley HS, Patriot HS, and Rubidoux HS.

Departure Date & Time: **See attached Game Schedule** Return Date & Time: **See attached game schedule.**

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, 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 35830, I understand that I waive all claims against the 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 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 Name

Cell Phone

Parent/Guardian

Date

Emergency Contact Name

Cell Phone

Student Signature

Date

Medical insurance Carrier Policy #: _____

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 conditions 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 & reason)

If your son/daughter has a special medical condition, kindly attach a description of that condition on this sheet.



AVISO DE EXCURSIÓN/VIAJE DE CAMPO VOLUNTARIO Y AUTORIZACIÓN MÉDICA

Padre/tutor,

Mi hijo/a _____ tiene mi permiso para participar en la siguiente actividad voluntaria:

Partidos fuera de casa

El destino puede incluir las siguientes escuelas: **Camino Real, Del Sol Academy, Glen Avon, Granite Hill, Ina Arbuckle, Indian Hills, Mission Bell, Pacific Ave., Pedley, Peralta, Rustic Lane, Sky Country, Stone Ave., Sunnyslope, Troth St., Van Buren, West Riverside, Jurupa Middle, Mira Loma Middle, Mission Middle, Jurupa Valley HS, Patriot HS, and Rubidoux HS.**

Fecha y hora de salida: **ver calendario adjunto**

Fecha y hora de regreso: **ver calendario adjunto**

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

Como se indica en la Sección 35830 del Código de Educación de California, entiendo que renunció a todas las reclamaciones contra el Distrito, sus funcionarios, agentes y empleados por cualquier lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurra durante o con motivo de esta excursión o excursión, incluidos los actos de negligencia por parte del Distrito, sus funcionarios, agentes o empleados.

Entiendo perfectamente 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/madre/tutor.

Nombre del Padre/Tutor

Teléfono Celular

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Nombre del contacto de emergencia

Teléfono celular

Firma del estudiante

Fecha

Aseguradora de seguros médicos

Número de Seguro Médico

Compañía de seguro médico – N.º de póliza: _____

Una nota especial para los padres/tutores:

- 1) Todos los medicamentos deben estar registrados en este formulario;
- 2) Todas las drogas, excepto aquellas que deben mantenerse en la persona del estudiante para uso de emergencia, deben ser conservados y distribuidos por el personal;
- 3) ☐ Compruebe aquí si hay condiciones especiales que el personal debe conocer y no hay drogas requerido en el viaje;
- 4) Si el estudiante va a tomar algún medicamento o drogas, enumérelas a la liebre: (Nombre de la droga y motivo)

Si su hijo/a tiene una condición médica especial, adjunte una descripción de esa condición en esta hoja.



JURUPA UNIFIED SCHOOL DISTRICT