

Mountain View Whisman School District  
**Field Trip Parent/Guardian Consent Form and Waiver**

Dear Parent/Guardian:

Your consent is required for your child to participate in a Mountain View Whisman School District field trip/excursion. No student will be allowed to participate in the Trip without this signed permission slip. Participation in these activities is completely voluntary.

**Destination/Duration/Details Regarding the Trip:**

Room(s): \_\_\_\_\_  
 Teacher(s): \_\_\_\_\_  
 Date of Trip: \_\_\_\_\_  
 Destination: \_\_\_\_\_  
 Depart Time: \_\_\_\_\_ Return Time: \_\_\_\_\_  
 Bring own sack lunch: \_\_\_ Order sack lunch \$3.50: \_\_\_  
 Transportation:  
 Walking \_\_\_ Bus \_\_\_ VTA \_\_\_ Parent Driver \_\_\_

Student's Name: \_\_\_\_\_  
 Date of Birth: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian Cell Phone: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_

**Student Health Information**

**ALL** medications must be registered on this form. All medications, except those that must be kept on the student's person for emergency use, **MUST** be kept and distributed by District staff.

\_\_\_\_\_ Check here if there are no special medical problems for this student that the District staff should be aware of and no medications are required on the trip.

\_\_\_\_\_ Check here if any medications are to be taken by this student. Complete and attach the *Permission and Instructions to Administer Medication* Form, a description of the health or medical issue, any additional health issues District staff should be aware of, and if the distribution of the medications is to be kept confidential and discrete.

- Medical Insurance Carrier (e.g., Kaiser, etc.) \_\_\_\_\_ Policy Number: \_\_\_\_\_
  - Medical Insurance Address/Telephone Number \_\_\_\_\_
- Person (Other Than Parent/Guardian) to Notify in Case of Emergency:  
 Name: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

**Acknowledgement, Assumption of Potential Risk, Waiver, and Rules and Regulations**

I authorize \_\_\_\_\_ [child's name] to participate in the above described Trip. I understand and acknowledge that these activities, by their very nature, pose the potential risk of serious injury/illness to individuals who participate in these activities. In the event of illness or injury, (1) I 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 or (2) I have attached to this form specific direction on how medical treatment to my child shall be restricted.

I understand and acknowledge that in order to participate in these activities, the child and I agree to assume liability and responsibility for any and all potential risks that may be associated with participation in these activities. I waive the right to pursue a claim against the District, and I hold the District its officers, agents, employees or volunteers harmless from any and all liability or claims that may arise out of or in connection with my child's participation in this activity.

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.

\_\_\_\_\_  
 Signature of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
 Date

## Distrito Escolar de Mountain View Whisman

**Formulario de Autorización y Exención del Padre/Tutor para un Paseo Escolar**

Estimado Padre/Tutor:

Su requiere de su permiso para que su hijo participe en un paseo escolar/excursión ("Viaje") del Distrito Escolar de Mountain View Whisman. A ningún estudiante se le permitirá participar en el Paseo, sin este formulario de autorización firmado. La Participación en estas actividades es completamente voluntaria.

**Destino/Duración/Detalles Relacionados al Paseo:**

Salones (s): \_\_\_\_\_

Maestro (s): \_\_\_\_\_

Fecha del Paseo: \_\_\_\_\_

Destino: \_\_\_\_\_

Hora de Salida: \_\_\_\_\_ Hora de Regreso: \_\_\_\_\_

Llevará su almuerzo: \_\_\_ Comprará almuerzo \$3.50: \_\_\_

Transporte: Caminará \_\_\_ Autobús \_\_\_ VTA \_\_\_\_\_

Padre Autorizado para Manejar \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**INFORMACION SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE**

**TODOS** los medicamentos deben registrarse en este formulario. Todos los medicamentos, excepto aquellos que deben mantenerse con el estudiante para ser usados en caso de emergencia, y **DEBEN** ser guardados y distribuidos por el personal del Distrito.

\_\_\_\_\_ Marque aquí, si **no hay problemas médicos especiales del estudiante**, de los cuales el personal del Distrito debe estar informado y **no se requiere de medicamentos** para el paseo escolar.

\_\_\_\_\_ Marque aquí, si **hay medicamentos que deben ser tomados por este estudiante**. Adjunte a este formulario el nombre y la dosis del medicamento, una descripción de la salud o del problema médico, y cualquier problema adicional, del que el personal del Distrito deba estar informado; y si la distribución de los medicamentos debe ser mantenida confidencial y discreta.

• Compañía de Seguro Médico (ej., Kaiser, etc.): \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

• Dirección/Número Telefónico del Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Persona a Notificar en Caso de Emergencia (Que **no sea** el Padre/Tutor): \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Relación/Parentesco: \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO, ACEPTACION DE RIESGO POTENCIAL, EXCENSION, REGLAS Y EL REGLAMENTO**

Yo autorizo a \_\_\_\_\_ [nombre del estudiante], a participar en el Paseo Escolar descrito arriba. Entiendo y reconozco que estas actividades por su propia naturaleza, plantean el riesgo potencial de lesión/enfermedad grave para las personas que participan en estas actividades. En caso de enfermedad o lesión, (1) por la presente, doy mi autorización para que le sean realizados rayos x, examen, anestesia, diagnosis médica, quirúrgica, dental, tratamiento y atención hospitalaria que se consideren necesarios por el médico tratante, cirujano, o dentista y llevados a cabo, o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o instalaciones proveedoras de los servicios médicos o dentales o, (2) he adjuntado a este formulario con indicaciones específicas, cómo se limitará el tratamiento médico para mi hijo.

Entiendo y admito que para poder participar en estas actividades, el niño/a y yo acordamos asumir el riesgo y la responsabilidad sobre cualquier riesgo, o todo el riesgo potencial, que pudieran estar asociados con la participación en estas actividades. Renuncio al derecho de interponer una demanda en contra del Distrito, exonero a los oficiales del Distrito, agentes, empleados o voluntarios de cualquier responsabilidad, o demanda que pudiera surgir en conexión con la participación de mi hijo en esta actividad.

Entiendo que los participantes deben respetar todas las reglas y el reglamento de conducta gobernante, durante el Paseo Escolar. Cualquier violación a estas reglas y reglamentos, podrían resultar en que la persona sea enviada a casa, a expensas de su padre/tutor.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha