



REGISTRATION, HEALTH SCREEN, AND PARTICIPANT AGREEMENT

PLEASE READ THIS ENTIRE DOCUMENT CAREFULLY AND PROVIDE ALL REQUESTED INFORMATION LEGIBLY AND IN INK. BE SURE TO SIGN AND DATE WHERE INDICATED ON THE LAST PAGE. INCOMPLETE AND/OR UNSIGNED FORMS MAY DELAY OR PRECLUDE PARTICIPATION IN THE PROGRAM. PARENT OR LEGAL GUARDIAN MUST COMPLETE AND SIGN FOR MINOR CHILDREN.

Participant Name: _____ Date of Birth: _____ Grade: _____

Gender: _____

Address: _____ (_____) _____
 Street City State Zip Email Telephone

Participant is a: Minor Self Teacher Parent/Chaperone

Name of Parent(s) or Legal Guardian(s) (if Participant is a minor): (1) _____ (2) _____

Name of School: _____ Name of Head Teacher or Group Contact: _____

EMERGENCY CONTACTS – Parent or Legal Guardian must be provided as first emergency contact

(1) Name _____ Relation _____ Email _____

Day Phone _____ Evening Phone _____ Cell Phone/Pager _____

(2) Name _____ Relation _____ Email _____

Day Phone _____ Evening Phone _____ Cell Phone/Pager _____

HEALTH INFORMATION - PLEASE FILL OUT COMPLETELY *DOCTOR SIGNATURE NOT REQUIRED*

This information will only be used by NatureBridge staff to help support Participant on Program

Does the Participant have, or has the Participant had, any of the following conditions or symptoms? Specify any issues on next page.

Medical Information		12. Hearing problems or ear infections	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Allergies	
1. Any serious medical illness	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	13. Vision or other eye problems	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	22. Food (specify on next page)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2. Any surgery	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	14. Sleep Walking	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	23. Bees/Wasps/Insects	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
3. Bleeding/Clotting/ Anemia or any other blood disorders	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	15. Bedwetting	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	24. Medication allergies (specify on next page)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4. Asthma, wheezing or other lung problem	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	16. Hospitalized overnight in last 5 yrs?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	25. Iodine	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
5. Diabetes	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	17. Other	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	26. Seasonal allergies	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
6. Irregular heart rhythm, heart defect or other heart problem	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			27. Other allergies (specify on next page)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
7. Kidney problem	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Diseases		If Participant Has Allergies	
8. Liver disease	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	18. Chicken Pox	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	28. Do you carry your own Epi-pen?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
9. Mental, emotional or behavioral issues	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	19. Measles	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	29. Do you carry your own inhaler?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
10. Seizures or fainting	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	20. Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
11. Impaired immune system	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	21. Other Diseases	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

If you have answered "yes" to any of the above items, please explain below. Provide corresponding number. (Attach additional pages if necessary.)

Question Number	Explanation
22. Food allergies	
27. Other allergies	

1. Is the Participant taking any medication? Yes No
2. Please list all medications Participant is taking and the condition for which each medication has been prescribed.**

Medication	Condition

**Participant must continue to take all medications during the Program unless otherwise directed by Participant's physician.

3. Is Participant capable of participating in a 5 mile hike with up to 2,000 feet of elevation gain? Yes No
4. Are there any restrictions on Participant's physical activity? Yes No

If yes, please describe _____

Note: NatureBridge staff may contact Participant/Parent/Legal Guardian with questions regarding any of the above matters in advance of the Program.

Name of Physician _____ Telephone Number _____

Medical Insurance Carrier _____

Policy #/I.D.# _____ Subscriber Name _____

Additional medical or insurance information attached: Yes No

**PARTICIPANT AGREEMENT
(INCLUDING ASSUMPTION OF RISKS, RELEASE AND INDEMNIFICATION)
REQUIRED FOR ALL PARTICIPANTS**

PLEASE READ THIS ENTIRE AGREEMENT CAREFULLY. IT AFFECTS THE LEGAL RIGHTS OF PARTICIPANTS AND THEIR FAMILIES IN THE EVENT OF AN INJURY OR OTHER LOSS.

All Participants age 18 and older, including all teachers and chaperones, (referred to as "Adult Participants"), must sign this Participant Agreement. At least one parent or legal guardian (both referred to as "Parent") must sign on behalf of themselves individually as well as on behalf of their minor child or ward (referred to as "Minor Participant"). The term "I" as used in this Participant Agreement refers to the Adult Participant and/or Parent. The term "Program" refers to the NatureBridge program in which a Participant has enrolled.

In consideration of the Program, services, benefits and amenities provided by NatureBridge, a California Non-Profit Public Benefit Corporation, I hereby understand, acknowledge and agree as follows:

Activities and Risks

Activities vary from program to program, and may include hiking, stewardship activities (for example, plant removal and trail maintenance), backpacking, skiing, snowshoeing, snorkeling, kayaking, canoeing, and other water craft excursions. Some programs involve travel in NatureBridge vehicles driven by NatureBridge employees. I understand that the Program exposes Participants to a variety of risks and hazards, foreseen and unforeseen, some of which are inherent and cannot be eliminated without fundamentally altering the unique character of the Program. These inherent risks include, but are not limited to, environmental risks and hazards, including rapidly

moving, deep, or cold water; plants; insect stings and bites; snakes, and predators, including large animals; falling and rolling rock; lightning; tree and tree limb fall; and unpredictable forces of nature, including weather that may change to extreme conditions without notice. Possible injuries and illnesses include allergic reactions, including, anaphylaxis; hypothermia; frostbite; high altitude illnesses; sunburn, heatstroke, and dehydration; infectious diseases such as Lyme disease, norovirus, plague or hantavirus; musculoskeletal injuries; and other possible serious conditions or injuries, including death. Emergency evacuation and medical care may be delayed twenty-four (24) hours or more due to the remote locations of some Program activities.

Assumption of the Risks

I understand that the description of the risks involved in NatureBridge activities set forth above is not complete, and that other risks may result in property loss, personal injury, or death. On behalf of myself and my Minor Participant (if applicable), I agree to assume, to the fullest extent permitted by law, all risks of participation in the Program, whether known or unknown, and whether or not such risks are described above. I understand that participation in the Program is entirely voluntary, and I consent to participation with full knowledge of the possible risks of such participation. If the Participant is a minor child, I have discussed the Program activities and risks with them, and confirm that the child wishes to participate in the Program.

Release and Indemnification

I, an Adult Participant or Parent of a Minor Participant, for myself and on behalf of such Minor Participant, agree to release, indemnify, protect, and hold harmless, and promise not to sue, NatureBridge and/or any of its officers, directors, employees, agents, contractors, and insurers (the "Released Parties"), to the maximum extent permitted by law, with respect to any and all claims, demands, damages, attorneys' fees, litigation costs, losses, or liabilities, including, but not limited to, claims for property loss, personal injury and/or wrongful death, which I or my Minor Participant may suffer, arising out of or in any way related to my, or my Minor Participant's, participation in the Program. The claims hereby released and indemnified against include those caused by or arising from the negligence of a Released Party, or any of them.

Medical Authorization

I represent that the medical information I have provided above is current, accurate and complete.

I authorize NatureBridge staff to administer first aid, including, where permitted by applicable law, the administration of epinephrine by auto-injector, as well as the administration of "over the counter" medications, including aspirin, Tylenol, ibuprofen, Benadryl, Neosporin, Imodium, laxatives and similar medications. If my Minor Participant has a known life-threatening allergy, or if I have been advised by a health-care provider that the Minor Participant should be prepared for a possible serious allergic reaction, my Minor Participant has been provided with auto-injectable epinephrine and has been instructed by a physician as to its use; in addition, I have instructed my Minor Participant to have the auto-injectable epinephrine on their person and available at all times during the Program. If my Minor Participant is enrolling in the Program as part of a school or other group, I have also informed the person in charge of the school or other group of this allergy and any applicable physician -prescribed protective measures. I confirm that I have, or my Minor Participant has, the ability to hike up to 5 miles per day with up to a 2,000 feet elevation gain without presenting a risk of harm to myself, my Minor Participant, and/or others. I authorize any adult chaperone or member of NatureBridge staff to obtain medical care for my Minor Participant (or for me, if I am unable to consent), and hereby consent to any X-ray, examination, anesthetic, diagnosis, treatment and/or hospital care that may be recommended by a licensed physician and/or dentist. In the event of minor illnesses or injuries, I understand that NatureBridge will attempt to contact me at the earliest practicable opportunity. In the event of a major illness or injury, I understand that NatureBridge will attempt to contact me before the commencement of any medical treatment, unless my Minor Participant's condition is such that treatment must be commenced immediately before contact with me can be made. If I cannot be reached, this authorization remains in full force and effect.

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) Yosemite
Teacher(s)
Date of Trip: Oct 30 - Nov 3, 2017
Destination:
Depart Time: 7:30 AM Return Time: 5:00 PM (approx.)
Bring own sack lunch: ___ Order sack lunch \$3.50: ___
Transportation:
Walking ___ Bus X 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 and Date

* Fill out only if your child will be taking *
any medication

1 August 2017

Mountain View Whisman School District
Permission to Administer Medication

Dear Parent/Guardian:

Before medication can be administered during school hours, it is necessary to have specific written orders from your physician and written authorization from you. The school must be notified of any changes of medication administered at school. In addition, we ask that you notify us of any changes in the medication administered at home that might affect your child's behavior at school. Medication must be in the original labeled container with the student's name clearly visible. Permission must be renewed each school year. Over-the-counter medication will be given only if prescribed by a physician or dentist and in the original container. (California Education Code Section 49423).

School: _____ Birthdate: _____

Name of Student: _____ Address: _____

Program (if applicable): _____

Physician Directions and Authorization

The above named student is currently under my care and receiving medication(s), and is necessary for the student to take this medication during school hours.

Medication to be administered during school hours: _____

Dose (mg. or ml.): _____ Time: _____ Route: _____

Potential observable adverse reaction(s): _____

Medication will continue for: _____ Days _____ Months _____ Until: _____

Physician Signature: _____ Phone: _____

Physician Name (Please print): _____ Date: _____

The school reserves the right to contact the doctor regarding clarification if you are not available.

Note to Parent/Guardian: It is your responsibility to provide the required medication(s) in original and individually prescription labeled container(s). Renewal is required for prescription changes and at the beginning of each school year.

I authorize/give permission for instructional/school staff at _____ School to administer the above medication(s) to my child as described above.

Parent/Guardian
Signature: _____ Day Phone: _____ Date: _____

Students attending Santa Clara County Programs: Please see Site School Nurse for Specific Instructions.



Mountain View
Whisman
School District

* Fill out only if your child uses
an inhaler and will have it on the
trip.*

HEALTH SERVICES

PERMISSION TO CARRY INHALER

DATE _____

STUDENT'S NAME _____

M/F _____

BIRTH DATE _____

SCHOOL _____

GRADE _____

The above named student has been instructed in the proper use of _____ inhaler.

We, _____ (Physician) and _____ (Parent),

request that the above named student be permitted to carry the inhaler on his/her person or to keep same in his/her backpack or P.E. locker, as we consider him/her responsible. He/she has been instructed in and understands the purpose and appropriate method and frequency of use of his/her inhaler.

We, the undersigned, absolve the school of any responsibility in safeguarding our child's inhaler.

Physician

Parent or Guardian

School Nurse

Principal

→ **Note:** Both sides of this form must be completed for those students who request permission to carry their own inhaler on campus. See other side.



NatureBridge Estudiante Contrato

Hola y bienvenidos a NatureBridge. Nuestro compromiso es proveer nuevas experiencias, oportunidades para aprender con diversión y aventuras seguras. Para asistir el NatureBridge, tienes que hacer tu propio compromiso: que vivas de acuerdo con las siguientes directivas. Si estás de acuerdo con las directivas, firma las siglas al lado de cada uno y firma tu nombre al pie.

Acuerdo General

____ Estoy de acuerdo en participar en el programa del NatureBridge.

____ Estoy de acuerdo en ser puntual para las reuniones y eventos.

____ Estoy de acuerdo en respetar la privacidad, la propiedad, y los sentimientos de otros. Comprendo que vamos a convivir en cabañas y compartir la propiedad con otros.

____ Estoy de acuerdo en tratar mis compañeros, los adultos, y los instructores con respeto. Entiendo que el tono en que hablo con otros es importante. También voy a dar mi atención con todos que hablan conmigo, aunque sea uno de los adultos o un compañero mío

____ Estoy de acuerdo en utilizar mi LISTA DE ROPA Y EQUIPO y traer las cosas que yo necesitará para mi estancia (como chaqueta para la lluvia, botellas de agua, ropa extra, etc.)

____ Estoy de acuerdo en no entrar las cabañas de otros estudiantes.

____ Yo entiendo que necesito apagar la luz a las 10:00. Estoy de acuerdo en no hablar y tener respeto para los demás por la noche para que todos puedan dormir suficientemente para participar y mantenerse la salud.

____ Estoy de acuerdo en dejar los alimentos afuera de mi cabaña. Daré sobras del almuerzo a mi instructor de NatureBridge.

Acuerdos Definitivos

Comprendo que una infracción de cualquiera del siguiente o de los anteriores acuerdos contractuales puede resultar en un viaje de vuelta a mi casa por gasto de mi familia.

____ Estoy de acuerdo en no causar daño físico o emocional ni amenazar cualquier otra persona.

____ Estoy de acuerdo en no discriminar a las personas debido a su raza, cultura, religión, habilidad, idioma, o necesidades especiales.

____ Estoy de acuerdo en respetar la propiedad de NATUREBRIDGE y el Parque Nacional de Yosemite, y abstenerme de cualquier acto de vandalismo.

____ Comprendo que es importante tener cuidado en los senderos. Voy a procurar en --mantener la seguridad de todas las personas mientras en los senderos.

____ Estoy de acuerdo en no traer drogas sin receta, cigarrillos, armas ni alcohol al Instituto.

____ Estoy de acuerdo en siempre avisar a los adultos de donde estoy y de no irme solo/a a ninguna parte.

Firma

Fecha



NatureBridge Student Contract

Hello and welcome in advance to NatureBridge!

Our commitment is to provide new experiences, fun learning opportunities, and safe adventures. In order to attend NatureBridge, you must make a commitment of your own: to live by the following guidelines. If you can agree to this contract, please put your initials next to each item and sign at the bottom.

GENERAL AGREEMENTS

____ I agree to participate in the program at NatureBridge.

____ I agree to be on time for scheduled meetings and events.

____ I agree to respect the privacy, property, and feelings of others. I understand that we'll be living together in cabins and sharing the campus.

____ I agree to treat my fellow students, chaperones, and instructors with respect. I understand that how I talk to people is important. I will also do my best to pay attention when someone is talking to me, whether it's a chaperone, a NatureBridge Educator or my best friend.

____ I agree to follow my CLOTHING AND EQUIPMENT LIST and bring the things I'll need for my stay (like raingear, water bottles, extra clothes, etc.)

____ I agree to stay out of other students' cabins.

____ I understand that lights out is at 10:00 pm. I agree to be quiet and respectful in the evening so that everyone can get enough sleep to participate and stay healthy.

____ I agree to keep food out of my cabin. I will give any leftover food from NatureBridge group lunches to my NatureBridge Educator at the end of the day.

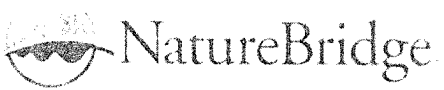
BOTTOM-LINE AGREEMENTS

I understand that a violation of any one of the following or a combination of the above contract agreements may result in a return trip home at my parent/guardian's expense.

____ I agree not to cause physical or emotional harm or threaten any other person.

____ I agree to not discriminate against people because of their race, culture, religion, language, talents, or special needs.

____ I agree to respect the NatureBridge campus and Yosemite National Park, and refrain from any acts of vandalism.



_____ I understand how important it is to be safe on the trails. I will participate in a way that will keep the group and me safe by following all of the trail rules.

_____ I agree to refrain from bringing or using non-prescription drugs, cigarettes, weapons, and/or alcohol at NatureBridge.

_____ I agree to always let a chaperone know where I am and never wander off alone.

Signature

Date



INSCRIPCIÓN, EVALUACIÓN MÉDICA Y ACUERDO DEL PARTICIPANTE

LEA CON CUIDADO LA TOTALIDAD DE ESTE DOCUMENTO Y ANOTE TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA CON LETRA LEGIBLE Y TINTA. ASEGÚRESE DE PONER SU FIRMA Y LA FECHA EN EL ESPACIO PARA ELLO EN LA ÚLTIMA PÁGINA. LOS FORMATOS CON DATOS INCOMPLETOS O SIN FIRMAR PUEDEN DEMORAR O IMPEDIR LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA. EL PADRE O TUTOR DEBE LLENAR Y FIRMAR POR LOS MENORES DE EDAD.

Nombre del Participante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: ____ Masculino Femenino

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado C.P. Correo electrónico Teléfono

El participante es: Un Menor Usted Un Maestro Un Padre/Chaperón

Nombre del (de los) Padre(s) o Tutor(es) (si el Participante es un menor): (1) _____ (2) _____

Dirección del (de los) Padre(s)/Tutor(es) (si es distinta a la arriba indicada):

Calle Ciudad Estado C.P. Correo electrónico Teléfono

Grupo étnico del Participante: Blanco Negro Asiático Hispano Nativo americano Otro

Nombre de la escuela: _____ Nombre del profesor titular o del contacto del grupo: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA: El padre o tutor deberá ponerse como primer contacto en caso de emergencia

(1) Nombre _____ Relación _____ Correo electrónico _____

Teléfono durante el día _____ Teléfono por las tardes _____ Celular/Radiolocalizador [pager] _____

(2) Nombre _____ Relación _____ Correo electrónico _____

Teléfono durante el día _____ Teléfono por las tardes _____ Celular/Radiolocalizador [pager] _____

INFORMACIÓN DE SALUD: LLENE EN SU TOTALIDAD *NO SE REQUIERE FIRMA DE UN MÉDICO*

¿Tiene o ha tenido el Participante alguna de las condiciones o síntomas siguientes?

Condiciones médicas actuales		Enfermedades		Alergias	
1. Desórdenes sanguíneos/de coagulación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	13. Varicela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	18. Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	14. Sarampión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	19. Yodo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	15. Paperas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	20. Hiedra venenosa [poison oak]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Infección de oídos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	16. Otras enfermedades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	21. Penicilina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. Defectos cardiacos/Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	17. Fecha de la última vacuna contra el tétano:		22. Abejas/Avispas/Insectos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. Tratamiento psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			22. Alimentos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. Padece de convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			24. Otras alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. Inmunocomprometido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si el Participante tiene alergias:	
9. Sonambulismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			25. ¿Carga con su propia epinefrina o Epi-pen?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. Moja la cama	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			26. ¿Carga su propio inhalador?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
12. ¿Hospitalizado en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				



Si contestó "sí" a cualquiera de los puntos anteriores, explíquelo a continuación. Proporcione el número correspondiente. (Agregue páginas adicionales de ser necesario.)

Pregunta No.	Explicación

¿Está el Participante tomando algún medicamento? Sí No

Enumere todos los medicamentos que está tomando el Participante y la finalidad de cada uno.**

**El Participante debe seguir tomando todos sus medicamentos durante el Programa a menos que su doctor indique otra cosa.

¿Puede el Participante participar en una caminata de 5 millas? Sí No

¿Hay alguna restricción en la actividad física del Participante? Sí No

Describalo _____

¿Es el Participante alérgico a algún alimento? Especifique _____

¿Tiene el Participante restringida la ingesta de algún alimento? Especifique _____

Proporcione cualquier información adicional que considere deberíamos saber para ayudarnos a dar una experiencia de calidad para el Participante.

Nombre del médico _____ Número de teléfono _____

Compañía de seguro médico _____

Póliza/# ID _____ Nombre del beneficiario _____

Se adjunta información adicional: Sí No

ACUERDO DEL PARTICIPANTE
(INCLUYE LA ACEPTACIÓN DE RIESGOS, DESCARGO E INDEMNIZACIÓN)
REQUERIDO PARA TODOS LOS PARTICIPANTES

LEA CON CUIDADO LA TOTALIDAD DE ESTE ACUERDO. AFECTA LOS DERECHOS LEGALES DE LOS PARTICIPANTES O DE SUS FAMILIAS EN CASO DE LESIÓN U OTRA PÉRDIDA.

Todos los participantes de 18 años en adelante, incluidos todos los maestros y chaperones (en lo sucesivo "Participantes adultos"), deben firmar este Acuerdo del Participante. Al menos un padre o tutor (ambos en lo sucesivo "Padre") deben firmar en su nombre y representación individualmente así como en nombre y representación de su menor hijo o protegido (en lo sucesivo "Participante menor"). El término "Yo" como se usa en este Acuerdo del participante se refiere al Participante Adulto y/o Padre. El término "Programa" se refiere al programa NatureBridge en que se ha inscrito un Participante.

En contraprestación del Programa, los servicios, beneficios y amenidades provistos por NatureBridge, una sociedad sin fines de lucro para el beneficio público, manifiesto por este medio mi entendimiento, confirmación y acuerdo como a continuación:

Actividades y riesgos

Las actividades varían de un programa al otro y pueden incluir caminatas, actividades de cuidado del medio ambiente (por ejemplo, remoción de plantas y mantenimiento de caminos), mochilear, esquí, paseos con raquetas de nieve, buceo con esnórquel, paseos en kayak, paseos en



canoas y otras excursiones acuáticas. Algunos programas incluyen viajes en vehículos de NatureBridge conducidos por empleados de NatureBridge. Entiendo que este Programa expone a sus Participantes a una variedad de riesgos y peligros, previstos e imprevistos, algunos de los cuales son inherentes y no se pueden eliminar sin alterar de manera fundamental el carácter único del Programa. Estos riesgos inherentes incluyen, de manera no limitativa, riesgos y peligros ambientales, que incluyen aguas en movimiento, profundas o frías; plantas, insectos, víboras y depredadores, que incluyen animales de gran tamaño, piedras en caída o rodantes; relámpagos; y fuerzas impredecibles de la naturaleza, que incluyen clima que puede cambiar a condiciones extremas sin aviso. Las lesiones y enfermedades posibles incluyen reacciones alérgicas, que incluyen, de manera importante, anafilaxia, hipotermia, quemaduras por frío, enfermedades por altitud, quemaduras solares, golpe de calor, deshidratación, enfermedades infecciosas, lesiones osteomusculares y otras condiciones o lesiones leves o graves, que incluyen la muerte. La evacuación de emergencia y cuidado médico puede demorarse 24 (veinticuatro) horas o más debido a las ubicaciones remotas de algunas actividades del Programa.

Aceptación de los riesgos

Entiendo que la descripción anterior de los riesgos involucrados en las actividades de NatureBridge no está completa y que otros riesgos pudieran resultar en pérdidas patrimoniales, lesiones personales o la muerte. Para mí y para el Participante menor, acepto asumir, en la medida máxima que permita la ley, los riesgos de participación, conocidos y por conocer, inherentes o no, y sea o no que dichos riesgos se hayan descrito en los párrafos anteriores. Entiendo que la participación en este Programa es completamente voluntaria y consiento la participación con pleno conocimiento de la naturaleza riesgosa del Programa. Si el Participante es un menor de edad, he hablado con él o ella de las actividades y riesgos y el menor desea participar a pesar de ellos.

Descargo e indemnización

Yo, como Participante adulto o Padre de un Participante menor, en mi nombre y representación y en nombre y representación de ese Participante menor, estoy de acuerdo en liberar, indemnizar, proteger y tener a salvo, y prometo no demandar, a NatureBridge y/o sus institutos afiliados y/o cualquiera de sus funcionarios, consejeros, empleados, contratistas y aseguradoras correspondientes (las "Partes Relevadas"), con respecto a cualquiera de las reclamaciones, demandas, daños, pérdidas o responsabilidades, que incluyen, de manera no limitativa, las reclamaciones por lesiones personales o muerte, que Yo o mi Participante menor podamos sufrir, como resultado o relacionado de cualquier manera con mi participación, o la de mi Participante menor, en el Programa. Las reclamaciones relevadas e indemnizadas por el presente documento incluyen aquellas causadas o resultantes de la negligencia de una Parte relevada, o cualquiera de ellas, pero no aquellas causadas o resultantes de un acto u omisión temerario o ilícito doloso. Si una Parte relevada debe defenderse por cualquier reclamación presentada por mí y/o en mi nombre y representación o en nombre y representación de un familiar y/o mi Participante menor, Yo o los herederos o albaceas míos y/o del Participante menor acordamos pagar dichos costos de litigio y honorarios legales de dicha Parte relevada si la Parte relevada se defiende con éxito contra dicha reclamación y en la medida que así lo haga.

Consideraciones médicas

Declaro que la información médica antes provista es correcta y completa a mi mejor entender.

Autorizo al personal de NatureBridge que ha recibido capacitación adecuada para administrar primeros auxilios básicos y medicamentos de venta libre, que incluyen aspirina, Tylenol, ibuprofeno, Benadryl, Neosporin, Pepto-Bismol y otros similares. Entiendo que el personal de NatureBridge no carga con epinefrina para el tratamiento de reacciones alérgicas potencialmente letales que pudieran ocurrir durante el Programa. Si el Participante menor tiene una alergia conocida potencialmente letal, o si Yo he recibido aviso de que él o ella deberán estar preparados para una reacción alérgica posiblemente grave, mi Participante menor ha sido provisto con epinefrina autoinyectable y las instrucciones de un médico para su uso y Yo he instruido a mi Participante menor para tenerla disponible en todo momento durante el Programa. Si mi Participante menor está inscrito en el Programa como parte de una escuela u otro grupo, he informado también a la persona a cargo de la escuela u otro grupo de esta alergia y cualquier medida de protección aplicable prescrita por un médico.



NatureBridge[®]

Autorizo a cualquier chaperón adulto o miembro del personal de NatureBridge a procurar cuidado médico para mi Participante menor (o para mí, si no pudiera expresar mi consentimiento), y para dar consentimiento para cualquier rayos X, examen, anestesia, diagnóstico, tratamiento y/o cuidado hospitalario que pueda recomendar un doctor y/o dentista certificado. En caso de enfermedades o lesiones menores, entiendo que NatureBridge tratará de contactarme a la brevedad posible. En caso de enfermedades o lesiones mayores, entiendo que NatureBridge tratará de contactarme antes del inicio de cualquier tratamiento médico, a menos que la condición del Participante menor sea tal que se deba comenzar el tratamiento de inmediato antes de poder establecer contacto conmigo. Incluso si no me pueden contactar, esta autorización se mantiene en pleno vigor y efecto.

Yo acepto asumir la total responsabilidad financiera por los costos de cualquier evacuación y/o cuidado/tratamiento médico que Yo o mi Participante menor podamos recibir.

Otras disposiciones

Yo acepto que NatureBridge y sus representantes pueden usar, sin restricción ni compensación, mi imagen o la de mi Participante Menor, ya sea en fotografías o video, así como en cualquier escrito, obra de arte y/o testimonial creado por mí o mi Participante menor y proporcionado a NatureBridge. Yo acepto que una vez enviados, estos materiales se volverán propiedad de NatureBridge.

Entiendo que durante parte del Programa, mi Participante menor estará bajo la supervisión de maestros, chaperones y otros adultos que no son empleados de NatureBridge y que no han sido seleccionados por NatureBridge ni están bajo la supervisión de NatureBridge. Yo entiendo y acepto que NatureBridge no es responsable por las acciones de dichas personas.

NatureBridge usa contratistas independientes para algunos servicios y dichos contratistas independientes, y no NatureBridge, son los únicos responsables por cualquier pérdida o lesión causada por sus actos u omisiones.

Entiendo que este Acuerdo del participante está contemplado por NatureBridge para tener un efecto tan amplio como lo permita la ley, y que si cualquiera de las secciones de este Acuerdo del participante se determina inválida por cualquier razón, el resto del Acuerdo del Participante se mantendrá válido y con plena exigibilidad.

Acepto que si surge una controversia entre mí y mi Participante menor, por un lado, y una Parte relevada, por el otro, dicha controversia será regida por el derecho sustantivo del Estado de California y que cualquier demanda contra cualquiera de las Partes Relevadas será presentada y mantenida en un tribunal de la jurisdicción competente en el Condado de San Francisco, California.

He leído cuidadosamente este Acuerdo del Participante y entiendo sus términos, por lo que lo firmo voluntariamente. Todas las preguntas que tenía respecto al Programa fueron respondidas a mi satisfacción.

Se me ha asesorado consultar con un abogado de mi elección si tengo preguntas respecto a la traducción de este Acuerdo del Participante. Entiendo y en caso de cualquier problema con respecto a la traducción, prevalecerá la versión en inglés de este Acuerdo del Participante.

Nombre del Participante _____
Nombre con letra de molde

Firma del padre o tutor
(por el Participante menor)

Nombre con letra de molde

____/____/____
Fecha

Firma del Participante adulto (si tiene 18 años de edad o más) Fecha

14836-3440-4873

4848-7268-1993, v. 1

**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 Viaje, sin este formulario de autorización firmado. La Participación en estas actividades es completamente voluntaria.

Destino/Duración/Detalles relacionados al Viaje:
Yosemite - Oct 30 - Nov 3, 2017
8:00 Am 5:00 PM

Nombre del Estudiante: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____
 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):
 Nombre: _____ 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 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, exonerado 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 y Fecha

Complete si su hijo/a usa medicina

MOUNTAIN VIEW WHISMAN SCHOOL DISTRICT
PERMISSION AND INSTRUCTIONS TO ADMINISTER MEDICATION
During School Hours

Dear Parent/Guardian:

Before medication can be administered during school hours, it is necessary to have specific written orders from your physician and written authorization from you. The school MUST be notified of any changes of medication administered at school. In addition, we ask that you notify us of any changes in the medication administered at home that might affect your child's behavior at school.

Medication must be in Original Pharmacy Labeled container with the student's name clearly visible. Permission must be renewed each school year. Over-the-counter medication will be given only if prescribed by a physician or dentist and in the original container. (California Education Code Section 49423)

Name of Student: Address:

Birthdate: School: Program (if applicable):

To be completed by Physician

The above named student is currently under my care and receiving medication(s) for the following condition(s): (It is necessary for the student to take this medication during school hours.)

MEDICATION TO BE ADMINISTERED AT SCHOOL DURING SCHOOL HOURS:

MEDICATION: TIME:

DOSE (Total dose-please give in mg. or ml.) ROUTE:

OBSERVABLE ADVERSE REACTIONS THAT MIGHT BE SEEN AT SCHOOL:

MEDICATION WILL CONTINUE FOR: DAYS MONTHS UNTIL:

The school reserves the right to contact the doctor regarding clarification if you are not available.

NOTE TO PARENT: It is your responsibility to provide the required medication(s) in original and individually prescription labeled container(s). Renewal is required for prescription changes and at the beginning of each school year.

AUTHORIZING SIGNATURES: PERMISSION TO ADMINISTER THE ABOVE MEDICATION(S) IS HEREBY GIVEN TO THE INSTRUCTIONAL/SCHOOL STAFF AT: School

Physician Signature: Phone: Date:

Physician Name (Please print): Phone: Date:

Parent/Guardian Signature: Day Phone: Date:

Students attending Santa Clara County Programs: Please see Site School Nurse for Specific Instructions.

complete or on right use UKI #
inhalador



Mountain View
Whisman
School District

SERVICIOS ESCOLARES DE SALUD

PERMISO PARA CARGAR UN INHALADOR

FECHA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

Varón/Mujer

FECHA DE NACIMIENTO

ESCUELA

GRADO

El estudiante mencionado anteriormente ha recibido instrucción sobre el uso adecuado del siguiente inhalador:

Nosotros, _____ (Doctor) y _____ (Padre/Madre),
solicitamos que el estudiante mencionado arriba reciba autorización escolar para llevar su inhalador consigo o
para guardarlo en su mochila o casillero de Educación Física, ya que consideramos que es responsable. Él/ella
ha recibido instrucción y entiende el propósito y el método apropiado y la frecuencia de uso de su inhalador.

Nosotros, los abajo firmantes, absolvemos a la escuela de cualquier responsabilidad relacionada con el cuidado
del inhalador del estudiante.

Doctor

Padre o Apoderado

Enfermera de la Escuela

Director

→ **AVISO:** Los estudiantes que están solicitando permiso para cargar su inhalador con ellos en el
campus escolar deben completar este formulario, tanto como el formulario de Permiso e Instrucciones
para Suministrar el Medicamento.