SANTA MONICA MALIBU UNIFIED SCHOOL DISTRICT

ADULT PARTICIPATION IN VOLUNTARY FIELD TRIP, ASSUMPTION OF RISK, AND MEDICAL TREATMENT AUTHORIZATION -- DISTRICT SPONSORED ACTIVITY

Type Of Field Trip (Circle)

Special Field Trip Overnight Field Trip Out of State and/or Foreign Travel Field Trip

Date _____

Adult's Name:_____ has permission to participate in the following field trip: **Program Description and Itinerary are attached along with an acknowledgment form regarding the nature of this trip, levels of supervision, and information pertaining to vendor selection. Please read this information carefully before signing the activity acknowledgment form and waiver of liability attached to this form.**

Destination/Nature of Activity: _____
(Please be specific.)

Dates: **Itinerary Attached; please read carefully and note all travel arrangements.**

Person in Charge: **Please read information pertaining to supervision levels, positions of supervisors, etc., carefully before signing the activity acknowledgment form and waiver of liability.**

Type of Transportation: Various modes of transportation may be used, some of which involve a risk that cannot be ascertained by Santa Monica Malibu School District.

Health or special needs: Check as appropriate.

	I have no special health needs that the staff should be aware of, and no medication is required on the trip.
	I have a special need, and instructions are attached. Number of attached pages:_____.
	Other:

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 and transportation considered necessary in the best judgment of the attending physician, surgeon, or dentist and performed under the supervision of a member of the medical staff of the hospital or facility furnishing medical or dental services. I further acknowledge that the District does not provide medical coverage for participants in this activity.

I fully understand that participants are to abide by all rules and regulations governing conduct during the trip.

As provided for in California Education Code Section 35330, I agree to waive all claims against the Santa Monica Malibu School District (District) and hold the District, its officers, agents and employees, harmless from any and all liability or claims, which may arise out of or in connection with my participation in this activity. This waiver shall not apply to any occurrences which may arise solely out of the negligence of the District, its employees or agents.

_____ _____ _____
Signature Please Print Date

Work Phone ( ) _____ Home Phone ( ) _____

Family Medical Insurance Carrier: _____ Policy Number: _____
(Example, Blue Cross)

In the event of an emergency, please contact:

_____ _____
Name Relationship

Work Phone ( ) _____ Home Phone ( ) _____

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SANTA MONICA-MALIBU

PARTICIPACION DE ADULTOS EN VIAJES ESCOLARES VOLUNTARIOS, ASUNCION DE RIESGO Y AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO – ACTIVIDAD PATROCINADA POR EL DISTRITO.

Clase de viaje escolar (Marque uno)

☐ Viaje Escolar Especial ☐ Viaje Escolar de Noche ☐ Fuera del Estado y/o Viaje Escolar al Extranjero

Fecha:_____

Nombre del Adulto:_____tiene permiso para participar en el siguiente viaje escolar: **Se adjunta la descripción e itinerario con una forma de aceptación sobre el tipo de viaje escolar, niveles de supervisión e información pertenecientes a la selección del vendedor. Por favor, lea esta información cuidadosamente antes de firmar la forma de aceptación de la actividad y exención de responsabilidad que se adjunta.**

Destinación/Clase de Actividad:_____
(Por favor sea específico)

Fechas: **Itinerario adjunto; por favor lea cuidadosamente y apunte todos los arreglos del viaje.**

Persona Responsable: **Por favor lea cuidadosamente la información correspondiente a los niveles de supervisión, posiciones de supervisores, etc., antes de firmar la forma de aceptación de la actividad y exención de responsabilidad.**

Clase de Transporte: Varias formas de transporte pueden ser usadas, algunas de las cuales incluyen un riesgo que no puede ser determinado por el Distrito de Santa Mónica Malibu.

Salud o necesidades especiales. Marque de acuerdo a lo apropiado:

	No tengo necesidades especiales de salud que el personal debería de estar enterado y no es necesaria ninguna medicina en el viaje.
	Tengo una necesidad especial y se adjuntan las instrucciones. Número de páginas adjuntas:_____.
	Otro:

En el caso de enfermedad o lesión, por la presente doy mi consentimiento para cualquier examinación de rayos-x, anestesia, diagnosis médico, quirúrgico o dental, o tratamiento y cuidado hospitalario y transportación considerados necesarios en la opinión más acertada del médico de turno, cirujano o dentista y realizados bajo la supervisión de un miembro del personal de salud del hospital o institución que esté proporcionando los servicios médicos o dentales. Además reconozco que el Distrito no provée cobertura médica para los participantes en esta actividad. Comprendo totalmente que los participantes deben cumplir con todos los reglamentos y regulaciones de conducta aplicadas durante el viaje. De acuerdo a lo dispuesto por el Código de Educación de California Sección 35330, estoy de acuerdo en renunciar a todos los reclamos en contra del Distrito Escolar de Santa Mónica Malibu (Distrito) y reconozco que el Distrito, sus funcionarios, agentes y empleados son libres de cualquiera o de toda responsabilidad o reclamos que puedan surgir de, o en conexión con la participación de mi hijo(a) en esta actividad. Esta exoneración no debe aplicarse a ningún incidente que pueda surgir exclusivamente debido a la negligencia del Distrito, sus empleados o agentes.

_____ _____ _____
Firma Por favor, escriba en letra de imprenta Fecha

Teléfono del Trabajo: ( )_____ Teléfono de la Casa: ( )_____

Nombre de la Aseguranza Familiar:_____ # de Póliza:_____
(Ejemplo, "Blue Cross")

En caso de emergencia, comunicarse con:

_____ _____
Nombre Parentezco

de Teléfono del Trabajo: ( )_____ # de Teléfono en Casa: ( )_____