

**TUSTIN UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
PARENT'S OR GUARDIAN'S PERMISSION FOR STUDENT PARTICIPATION IN DISTRICT SPONSORED  
VOLUNTARY FIELD TRIP/EXCURSION**

To the Principal of: Tustin High School (School)

\_\_\_\_\_ has my permission to participate in the  
(Student Name: please print)

(Field Trip /Excursion) Day Trips on Various (Date)

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

Special Instructions: \_\_\_\_\_  
(e.g., Bring sack lunch.)

Supervising Teacher (please print): Michael Fisk

**Method of Transportation TO (T) and FROM (F): (PLEASE MAKE NOTE OF BOTH)**

Student is **Walking**       Student will ride on **District Bus/Vehicle**

Student will ride in **Private Vehicle**      \_\_\_\_\_ Student will ride with **parents**

\_\_\_\_\_ Student will **self-drive**

**PLEASE NOTE:** Section 35330 of the California Education Code states in part: "All persons making the field trip or excursion shall be deemed to have waived all claims against the district, a charter school, or the State of California for injury, accident, illness, or death occurring during or by reason of the field trip or excursion. All adults taking out-of-state field trips or excursions and all parents or guardians of pupils taking out-of-state field trips or excursions shall sign a statement waiving all claims." Participants in the field trip/excursion are to abide by all rules and regulations governing conduct during the field trip/excursion. Failure of a student to comply with rules may result in the student being sent home at the parent/guardian's expense. **Field trips are voluntary and a privilege; students may remain in school at their parent/ guardian's request.**

**ASSUMPTION OF RISK:** By signing below, I agree to waive all claims and liability against the Tustin Unified School District, its Board members, administrators, officers, agents, and employees, which may result from my child's participation in the field trip/excursion and acknowledge that the field trip/excursion and its activities may expose my child to potential harm including injury or death.

**MEDICAL TREATMENT AUTHORIZATION:** I understand that the field trip/excursion, by its very nature, includes certain risks and could cause minor injury, major injury, and serious injury to the student, including permanent disability and death. In the event of illness or injury to the student, I do hereby consent to whatever x-ray examination, anesthetic, medical, surgical, or dental diagnosis or treatment, emergency transportation, and hospital care of student 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.

\_\_\_\_\_ Student has no special health needs the staff should be aware of, and no medication is required during this class/activity.

\_\_\_\_\_ Student has a special need, and instructions are attached. Number of attached pages: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

Medical Insurance Carrier: \_\_\_\_\_ Policy Number: \_\_\_\_\_  
(e.g., Blue Cross)

In the event of an **emergency**, please contact:

_____	_____	Work: ( ) _____
(Name)	(Relationship)	Home: ( ) _____
		Cell: ( ) _____

\_\_\_\_\_  
**Signature of Parent/Guardian**      **Please Print Name**      **Date**

\_\_\_\_\_  
**Signature of Student**      **Please Print Name**      **Date**



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE TUSTIN**  
**PERMISO DE LOS PADRES O TUTORES PARA QUE EL ESTUDIANTE PARTICIPE EN ACTIVIDADES PATROCINADAS**  
**POR EL DISTRITO**  
**EXCURSIÓN VOLUNTARIA**

Para el director de: Tustin High School (Escuela)

\_\_\_\_\_ tiene mi permiso para participar en el

(Nombre del estudiante: por favor, escriba en letra de molde)

(Salida de paseo/excursión) Day Trips el Various (Fecha)

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

Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

(Por ejemplo, llevar una bolsa de comida.)

Maestro supervisor (por favor, escriba en letra de molde) Michael Fisk

**Método de transporte de ida (T) y de regreso (F): (POR FAVOR, ANOTE AMBOS)**

El estudiante va **Caminando**  El estudiante **viajará en el autobús/vehículo del distrito**

El estudiante viajará en un **vehículo privado** \_\_\_\_\_ El estudiante viajará con sus **padres**

\_\_\_\_\_ El estudiante manejará **por sí mismo**

**TENGA EN CUENTA:** La sección 35330 del Código de Educación de California establece en parte: "Se considerará que todas las personas que realicen el paseo o la excursión han renunciado a todas las reclamaciones contra el distrito, una escuela concertada o el Estado de California por lesiones, accidentes, enfermedades o muertes que se produzcan durante el paseo o la excursión, o a causa de ellos. Todos los adultos que realicen viajes de estudio o excursiones fuera del estado y todos los padres o tutores de los estudiantes que realicen viajes de estudio o excursiones fuera del estado deberán firmar una declaración renunciando a todas las reclamaciones." Los participantes en el viaje de estudios/excursión deberán respetar todas las normas y reglamentos que rigen la conducta durante el viaje de estudios/excursión. El incumplimiento de las normas por parte de un estudiante puede dar lugar a que se le envíe a casa a expensas del padre/tutor. **Las excursiones son voluntarias y un privilegio; los estudiantes pueden permanecer en la escuela a petición de sus padres/tutores.**

**ASUMIR EL RIESGO:** Al firmar a continuación, estoy de acuerdo en renunciar a todas las reclamaciones y la responsabilidad contra el Distrito Escolar Unificado de Tustin, sus miembros de la Junta, administradores, funcionarios, agentes y empleados, que pueden resultar de la participación de mi hijo en el paseo / excursión y reconocer que el paseo / excursión y sus actividades pueden exponer a mi hijo a un daño potencial, incluyendo lesiones o la muerte.

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO:** Entiendo que la excursión, por su propia naturaleza, incluye ciertos riesgos y podría causar lesiones menores, lesiones mayores y lesiones graves al estudiante, incluyendo la discapacidad permanente y la muerte. En caso de que el estudiante se enferme o se lesione, por la presente doy mi consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico o dental, transporte de emergencia y atención hospitalaria del estudiante que se considere necesaria a juicio del médico, cirujano o dentista que lo atienda y que se realice bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o centro que proporcione los servicios médicos o dentales.

\_\_\_\_\_ El estudiante no tiene necesidades especiales de salud que el personal deba conocer, y no se requiere medicamento durante esta clase/actividad.

\_\_\_\_\_ El estudiante tiene una necesidad especial y se adjuntan las instrucciones. Número de páginas adjuntas: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros médicos: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_  
 (Por ejemplo, Blue Cross)

En caso de emergencia, póngase en contacto con:

\_\_\_\_\_  
 (Nombre) (Relación) Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_  
 Casa: ( ) \_\_\_\_\_  
 Celular: ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre/tutor Escriba su nombre con letra de molde Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del estudiante Escriba su nombre con letra de molde Fecha