

STUDENT I.D.
_____**SAN BENITO HIGH SCHOOL
EXCURSION/FIELD TRIP WAIVER
AND MEDICAL AUTHORIZATION - MINOR**

Date: _____

Dear Parent/Guardian:

Please complete and return two signed copies of this form to the staff person named below:

Student's Full Name: _____ has my permission to participate in the following activity:**Title of Event:** _____ **Location:** _____**Departure Date & Time:** _____ **Return Date & Time:** _____**Staff Member name:** _____ **Title:** _____

I am aware that during any field trip or excursion certain dangers may occur, including, but not limited to, the hazards of accidents or illness in places without medical facilities, hazards created by the forces of nature, and hazards of travel by air, train, bus, automobile, and other means, including walking.

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 35330, I understand and do hereby assume all of the above-mentioned risks, will hold the SAN BENITO HIGH SCHOOL DISTRICT, its officers, agents, and employees harmless from any and all liability or claims whatsoever which may arise out of or in connection with a trip or participation in any activities arranged for the participant by the SAN BENITO HIGH School District. The terms thereof shall serve as a release and assumption of risk for my heirs, executor and administrators, and for all members of my family.

A special note to Parents/Guardians: (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 NO special problems 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 and reason)

If your son or daughter has a special medical problem, kindly attach a description of that problem to this sheet.

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's being sent home at his/her and/or parents' expense. (Please refer to the Student Planner with your son/daughter).

Signature of Parent/Guardian_____
Signature of Student_____
(date of birth)_____
Address_____
Parent Phone: Day / Evening_____
Family Medical Insurance Carrier Policy Number_____
Address

I.D. Estudiantil

PREPARATORIA SAN BENITO

EXENCIÓN PARA EXCURSIÓN/VIAJE Y AUTORIZACIÓN MÉDICA - MENOR

Fecha: _____

Estimado Padre/Guardián:

Por favor, completar y devolver dos copias firmadas de esta forma a la persona de personal nombrada por debajo:

Nombre completo del estudiante: _____ tiene mi permiso para participar en las actividades siguientes:

Título de Evento: _____ **Ubicación:** _____

Fecha de Salida y la Hora: _____ **Fecha de Regreso y la Hora:** _____

Nombre de Miembro de Personal: _____ **Título:** _____

Estoy consciente que durante cualquier viaje o excursión ciertos peligros pueden ocurrir, incluyendo, pero sin limitarse a, los riesgos de accidentes o enfermedades en lugares sin instalaciones médicas, creados por las fuerzas de la naturaleza, de los riesgos y peligros de los viajes por aire, tren, autobús, automóvil y otros medios, incluyendo caminando.

En caso de enfermedad o lesión, quedará consentimiento para cualquier examen de rayos x, anestésico, atención médica, quirúrgica o diagnóstico dental o tratamiento y la atención hospitalaria sea considerada necesaria en el criterio del médico tratante, cirujano o dentista y realizada por o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o instalación de centro de servicios médicos o dentales.

Como se indica en la Sección de Código de Educación de California 35330, entiendo y por este medio asumo todos los riesgos antes mencionados, que liberara a EL DISTRITO DE LA PREPARATORIA SAN BENITO, sus oficiales, agentes y empleados de toda responsabilidad o reclamación alguna que surja de o en conexión con un viaje o la participación en actividades organizadas por el participante por la PREPARATORIA SAN BENITO. Los términos a si mismo servirán como una liberación y asunción de riesgo para mi herederos, ejecutor y administradores y para todos los miembros de mi familia.

Una nota especial para los Padres/Guardianes: (1) todos los medicamentos deben estar registrados en esta forma; (2) Todas las drogas, con excepción de aquellos que deben conservarse en la persona del estudiante para casos de emergencia, deben ser mantenidas y distribuidas por el personal; (3) (____) Marque aquí si **NO** hay ningún problema especial de cual el personal debe estar consciente y ninguna droga se requiere en el viaje; (4) Si alguna medicación o droga tienen que tomarse por el/la estudiante, enumerarlos aquí:

(Nombre de drogas y razón)

Si su hijo/a tiene un problema médico especial, amablemente adjunte una descripción del problema a esta hoja.

Entiendo perfectamente que los participantes tienen que cumplir con todas las reglas y reglamentos de conducta durante el viaje. Cualquier violación de estas normas y reglamentos puede resultar en que el individuo sea enviado a casa bajo el costo de sus padres. (Consulte la Agenda Estudiantil con su hijo/hija).

Firma del Padre/Guardián

Firma del Estudiante

(Fecha de Nacimiento)

Dirección

Teléfono de Padres: Día /Tarde

Portador de Aseguran Medica Familiar

Numero de Póliza

Dirección