



**Downey Unified School District
Parent Permission Form – Secondary Schools
Field Trip/Excursion and Medical Authorization – Minor**

_____ has my permission to participate in the activity/ies listed below.

Please complete the information below and return this entire form. DO NOT CUT.

I fully understand the following:

1. Participation in these activities is voluntary.
2. I may revoke this authorization at any time by notifying DUSD in writing.
3. Revocation is not effective until receipt is acknowledged by DUSD.
4. My child must abide by all District and school rules while participating in this activity.

As stated in California Education Code Section 35330: “All persons making the field trip or excursion shall be deemed to have waived all claims against the District or the State of California for any injury, illness, or death occurring during or by reason of the field trip or excursion.”

Activity – Destination	Location	Departure Date/Time	Return Date/Time
Music Department - Various	Various	2022-2023	TBA

Supervising Teacher: **Mr. Guerrero and Mr. Olariu**

Consent to Transport

In accordance with Education Code 35350, my signature gives permission to transport (if applicable).

School Bus School Employees/Personal Vehicle Volunteers/ Personal Vehicle Other: _____

Consent to Treat

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 physicians 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.

A special note to parents/guardians in accordance with Education Code §49423:

- Check here if there are special problems that the staff should be aware of and medications are required on the trip.
- Check here if your child has medication administered at school.
 - All medications must be attached on this form with a physician’s written instructions on dispensing.
 - All prescriptions, excepting those that must be kept on the student’s person for emergency use, must be kept and distributed by the staff.
- Check here if no blood transfusions or blood products are to be given. **Initial:** _____

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

The undersigned agrees to defend, indemnify and hold harmless the Downey Unified School Districts, its Board of Trustees, officers, agents, and employees, individually and collectively, from and against all costs, losses, claims, demands, suits, actions, payments and judgments, including legal and attorney fees, arising from personal or bodily injuries, wrongful death, property damage or otherwise, however caused, brought or recovered against any of the above that may arise for any reason arising out of or in connection with my child’s participation in this activity.

My signature below also signifies that I have counseled my child on proper conduct and will take full responsibility for any improper conduct on his/her part.

Signature of Parent or Legal Guardian	Date
Address where parent will be during field trip	Phone where parent can be reached during field trip
Health Insurance Company/ MEDI-CAL	Policy Number

LUNCH INFORMATION FOR CAFETERIA USE

We will return to school for lunch If ordering a lunch from the cafeteria, complete below. Must be ordered 2 weeks ahead of time.

Lunch Request (All students can use their cafeteria account #) Date of field trip
Name of Student: _____ Keypad # _____

<u>Entrée Choice (Select 1):</u>	<u>Milk and/or Juice</u>	Note: All lunches include an entrée choice, milk and/or juice, side of fruit and vegetable.
Deli Sandwich _____	White _____	Food Allergy: _____
PB & J Sandwich _____	Chocolate _____	
	Juice _____	



**Distrito Escolar Unificado de Downey
Formato de Permiso de Padres – Escuelas Secundarias
Autorización de Paseos/Excursión y Médica – Menores**

_____ tiene mi permiso para participar en la(s) actividad(es) enumeradas abajo.

Favor completar la información de abajo y regresar la forma entera. NO CORTE.

Comprendo totalmente lo siguiente:

1. La participación en estas actividades es voluntaria.
2. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al Distrito por escrito.
3. La revocación no es efectiva hasta que el recibo sea reconocido por el Distrito.
4. Mi hijo/a deberá seguir todas las reglas de la escuela y del Distrito mientras participa en esta actividad.

Tal como está indicado en el Código de Educación de California Sección 35330:

“Todas las personas que vayan al paseo o excursión deberán renunciar a todas las demandas contra el Distrito o el Estado de California por cualquier lesión, enfermedad o muerte que ocurra durante o por causa del paseo o excursión.”

Actividad – Destino	Lugar	Fecha/Hora de Partida	Fecha/Hora de Regreso
Departamento de Musica - Varios	Varios	2022-2023	Varios

Maestro/a de Supervisión: **Sr. Guerrero y Sr. Olariu**

Consentimiento de Transporte

De acuerdo con el Código de Educación 35350, mi firma da el permiso de transporte (si es aplicable).

Autobús de Escuela Vehículo del Personal de la Escuela Vehículo de Voluntario Otro: _____

Consentimiento para Tratar

En el evento de enfermedad o lesión, Yo, por este medio doy consentimiento a cualquier examinación de radiografía, anestesia, médicos, diagnosis dentales o quirúrgicos o tratamiento y cuidado de hospital que sean considerados necesarios en la mejor decisión del médico o del dentista asistiendo o debajo de la supervisión de un miembro de la facultad médica o servicios médicos o dentales.

Una nota especial a los padres/guardianes en acuerdo con el Código de Educación §49423:

- Marque aquí si hay problemas especiales de los cuales el personal debe estar al tanto y de qué medicinas son requeridos en la excursión.
- Marque aquí si su hijo/a tiene medicina que está siendo administrada en la escuela.
 - Todas las medicinas deben estar adjuntas a esta forma con instrucciones por escrito del médico.
 - Todas las medicinas recetadas excepto las que debe tener el alumno para la utilización en caso de emergencia, deberán ser mantenidas y distribuidas por el personal escolar.
- Marque aquí si no hay transfusión de sangre o productos de sangre que deben ser dadas. **Iniciales:** _____

Si su hijo/a tiene un problema especial médico, favor adjuntar una descripción de ese problema a esta hoja.

El abajo firmante se compromete a defender, indemnizar y mantener indemne al distrito, su consejo de administración, directivos, agentes, empleados, individual y colectivamente, de y en contra de todos los costos, pérdidas, reclamaciones, demandas, acciones, pagos y derechos, incluyendo honorarios legales y de abogados, que surjan de lesiones personales o corporales, muerte por negligencia, daños materiales o de otro tipo, sin importar la causa, traído o recuperado en contra de cualquiera de los anteriores, que puedan surgir por cualquier causa que surja de o en conexión con la participación de mi hijo en esta actividad.

Mi firma abajo también significa que he aconsejado a mi hijo/a acerca de la conducta apropiada y tomaré responsabilidad completa por cualquier conducta inapropiada de parte de mi hijo/a.

Firma de Padre o Guardián Legal

Fecha

Domicilio donde el padre estará durante la excursión

Número donde el padre pueda ser localizado

Compañía del Seguro Médico/ MEDI-CAL

Número de Póliza

INFORMACIÓN DEL ALMUERZO PARA EL USO DE LA CAFETERÍA

Regresaremos a la escuela para la hora del almuerzo Si ordena un almuerzo de la cafetería complete abajo. Deberá ordenar con 2 semanas de anticipación.
Solicitud de Almuerzo (Todos los estudiantes pueden usar su # de cuenta en la cafetería) Fecha del paseo _____
Nombre del Estudiante: _____ Teclado # _____

Selección de Almuerzo (Escoja Uno):
Emparedado de Jamón y queso _____ Leche y/o Jugo _____
Emparedado de Mantequilla de Mani y Mermelada _____ Leche Regular _____
Leche con Chocolate _____
Jugo _____

Nota: Todos los almuerzos incluyen una entrada de su escogencia, leche y/o jugo, una porción Alergia a Comidas: _____