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

Name: _____ 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 Trips	TBA	July 1st, 2026-June 30th, 2027	

Supervising Teacher: Corneliu Olariu and/or District cleared coaches and volunteers

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: Charter Bus

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

Distrito Unificado Escolar de Downey
Forma de Permisos de Padres – Escuelas Secundarias
Autorización de Paseos/Excursión y Médica – Menores

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

Name: _____ tiene mi permiso para participar en la(s) actividad(es) dichas.

Comprendo totalmente lo siguiente:

1. Participación en estas actividades es voluntariamente.
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 debe de seguir todas las reglas de la escuela y el Distrito mientras participa en esta actividad.

Tal como es indicado en el Códio de Educación de California Sección 35330:
"Todas las personas que vayan al paseo o excursión deberán renunciar 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 – Destinación	Locación	Fecha/Hora de Partida	Fecha/Hora de Regreso
Music Department Trips	TBA	July 1st, 2026-June 30th, 2027	

Maestro/a de Supervisión: Corneliu Olariu and/or District cleared coaches and volunteers

Consentimiento de Transporte

En 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: Charter Bus

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 son considerados necesarios en la mejor decisión del médico o 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 en la cual el personal debe de estar al tanto y de medicaciones cuales son requeridos en la excursión.

☐ Apunte aquí si su hijo/a tiene medicamento administrado en la escuela.

- Todas los medicamentos deben ser adjuntos a esta forma con instrucciones por escrito del médico.
- Todos los medicamentos recetados, exceptos los que deben de tener el alumno para utilización de emergencia, debe ser mantenido y distribuido por una persona de la facultad.

☐ Anote 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 de adjuntar una descripción de ese problema a esta hoja.

La firma debajo indica el acuerdo a defender, indemnizar y sostener inofensivo al Distrito Unificado Escolar de Downey, Mesta Directiva, oficiales, agentes y empleados, individualmente y colectivamente, de y contra todos los gastos, pérdidas, reclamos, demandas, pleitos, acciones, pagos y los juicios, incluyendo honorarios legales y del abogado, presentándose de lesiones personales o corporales, muerte ilícita, daños de propiedades o de otra manera, sin embargo causado, traído o recuperado contra cualquiera de lo antedicho arriba cuales pueda presentarse por razón al presentarse o en la conexión con la participación de mi hijo/a en esta actividad.

Mi firma debajo también significa que he aconsejado a mi hijo/a en 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