



**FIELD TRIP PERMISSION – (SECONDARY)**

This paper must be completed and filed with the sponsoring teacher before the date of the trip.

The student must obtain the parent's signature when the activity necessitates the student's leaving the building.

The sponsoring teacher must notify the teachers whose classes the student will miss while engaged in the activity.

Culinary Club	Mrs. Lands	
(Student)	(Class or Activity)	(Teacher)
Windsor High School	9:45a - 12:30pm	
(Location)	(Time Leaving)	(Time Returning)
Visit WHS Vineyard Academy	April 17, 20	
(Nature of the Field Trip or Activity)	(Date)	(Date)
CTE Van	n/a	
(Means of Transportation)	(Cost to Student, if any)	

No student will be excluded from this trip due to inability to pay.

Mother: _____	Phone # _____
Father: _____	Phone # _____
Other (relationship): _____	Phone # _____
Physician: _____	Phone# _____
Name of Health Insurance: _____	Membership # _____
Any known Allergies _____	

*Under the provisions of Education Code 35330 "(d) 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." I consent to my child's participation in the field trip and hereby waive all claims against the District of its employees for any injury, accident, illness, or death occurring during or by reason of the field trip. I understand that this waiver of claims will bar any claim or lawsuit against the District or its employees. The undersigned acknowledges that he/she has reviewed the form carefully and agrees to its contents and signed the form voluntarily.*

I understand that all students going on this trip will be responsible in conduct to teachers or adult sponsors. It is further understood that students will go and return from the event on the transportation provided by the school.

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Parent or Guardian Signature)





### Permiso para una Excursión- Secundaria

Este documento debe ser completado y presentado con el Maestro/a antes de la fecha del viaje.

El estudiante debe obtener la firma del padre cuando la actividad requiere la salida del estudiante del edificio.

El Maestro/a patrocinante debe notificar a los maestros/a cuyas clases el estudiante perderá mientras participa en la actividad.

_____	<u>Culinary Club</u>	<u>Ma. Lands</u>
(Estudiante)	(Clase o Actividad)	(Maestro/a)
<u>Windsor High</u>	<u>9:45-12:30p</u>	_____
(Ubicación)	(Tiempo de Salida)	(Tiempo de Regreso)
<u>Vineyard Academy</u>	_____	_____
(Naturaleza del viaje de estudios o actividad)	_____	(Fecha)
<u>Van</u>	<u>\$0</u>	_____
(Manera de Transporte)	(Costo para Estudiante si cualquier)	_____

(Ningún estudiante será excluido de este viaje a la inhabilidad de pagar)

En el caso de una emergencia por favor contacte a los siguientes:

Madre: \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Otro (Relación): \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro de Salud \_\_\_\_\_ # de Membresía \_\_\_\_\_

Alergias conocidas \_\_\_\_\_

*Bajo las provisiones del Código de Educación 35330 "(d) Se considerará que todos las personas que efectúen el viaje o excursión han renunciado a todo reclamo contra el distrito, una escuela autónoma o el Estado de California por lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurra durante o por razón de su viaje o excursión. "Doy mi consentimiento para la participación de mi hijo en el paseo y por la presente renuncio a todo reclamo contra el Distrito de sus empleados por cualquier lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurra durante o por razón de la excursión. Entiendo que esta renuncia a las reclamaciones prohibirá cualquier reclamación o demanda contra el Distrito o sus empleados. El firmante reconoce que él/ella ha revisado el formulario cuidadosamente y está de acuerdo con su contenido y firmado el formulario de forma voluntaria.*

Entiendo que todos los estudiantes en este viaje será responsables de conducta a los maestros/a y patrocinadores adultos. Además se entiende que los estudiantes irán y volverán del evento en el transporte proporcionado por la escuela.





**PARENT AUTHORIZATION FOR MEDICAL TREATMENT**  
**(Confidential Information)**

Student's Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Male \_\_\_ Female \_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Doctor's Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Name of Health Insurance: \_\_\_\_\_ Membership # \_\_\_\_\_

Any known Allergies: \_\_\_\_\_

Father, Mother or Guardian's Name (s) (please print): \_\_\_\_\_

In the event of an emergency, if parents or guardian cannot be reached, please contact:

\_\_\_\_\_  
(Name & Relationship) (Phone)

\_\_\_\_\_  
(Name & Relationship) (Phone)

(I) (We), the undersigned parent / guardian of \_\_\_\_\_,  
A minor, do hereby authorize the principal, or designee, as agent for the undersigned to consent to any X-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by, and is to be rendered under the general or special supervision of any physician and surgeon licensed under the provisions of the Medicine Practice act, whether such a diagnosis or treatment is rendered at the office of said physician or at said hospital.

It is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care being required but is given to provide authority and power on the part of our aforesaid agent(s) to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment or hospital care which the aforementioned physician in the exercise of his best judgment may deem advisable.

This authorization shall remain effective until \_\_\_\_\_, 201\_\_\_\_\_  
Unless sooner revoked in writing delivered to said agent(s).

\_\_\_\_\_  
Parent / Guardian(s) Signature

\_\_\_\_\_  
Date



DISTRITO UNIFICADO ESCOLAR DE WINDSOR



AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO  
(Información Confidencial)

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_ # de Teléfono : \_\_\_\_\_  
Tel. para Recados : \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro de Vida: \_\_\_\_\_ # de Membresía \_\_\_\_\_

Alergias conocidas: \_\_\_\_\_

Nombres del Padre, Madre o Guardián(es) (imprima por favor): \_\_\_\_\_

En el caso de una emergencia, si no se puede contactar a los padres o guardianes, por favor llame a:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y Relación) (Teléfono)

\_\_\_\_\_  
(Nombre y Relación) (Teléfono)

(Yo) (Nosotros), el suscrito abajo firmante, padres/guardianes de \_\_\_\_\_, un menor, por esta autorizo al director/a, o designado, como agente para el suscrito consentimiento para cualquier examinación de Rayos X, anestesia, servicio médico, diagnóstico quirúrgico o tratamiento y cuidado en un hospital lo cual se considera aconsejable por, y será ofrecido bajo la supervisión general o especial de cualquier médico o cirujano con licenciatura bajo las provisiones del Acto de Práctica de Medicina, ya sea que tal tratamiento o diagnóstico se de en la oficina del doctor o en el hospital dicho.

Se entiende que esta autorización se da por adelantado de cualquier diagnóstico específico, tratamiento cuidado en un hospital requerido pero se da para dar autoridad y poder a las partes de los agentes dichos para dar consentimiento específico a cualquier y todo diagnóstico, tratamiento o cuidado en el hospital el cual doctor mencionado ha ejercido su mejor juicio puede ser aconsejado.

Esta autorización debe de mantenerse efectiva hasta \_\_\_\_\_, de 200 \_\_\_\_\_  
Al menos que se revoque más pronto por escrito entregado a los agentes dichos

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián Fecha