



*You MUST have this turned in with payment before April 25th at 2:00PM

SNOWLINE JOINT UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Parent Consent for field trip participation and Authorization for Medical Treatment

School name Serrano High School/NTS

Field Trip Destination: GRAD NITE - MAGIC MOUNTAIN Date: Fri May 31, 2024 6:15 PM - Sat. June 01 5:00AM

Student Name _____ Grade _____ Birth Date _____

I (we) the undersigned parent, parents, or legal guardian of _____, do hereby request that he/she be permitted to attend **GRAD NITE** on **May 31st/June 01, 2024**. In the event of an accident or emergency, when a parent/guardian is unavailable, I hereby authorize a representative of the school to make such arrangements as he/she considers necessary for my child to receive medical/hospital care, including necessary transportation. Under such circumstances, I further authorize and consent to any x-ray, examination, anesthetic medical, dental or surgical diagnosis and treatment rendered by a licensed physician and/or surgeon as deemed necessary for the safety and welfare of my child. It is understood that effort shall be made to contact parent/guardian prior to taking medical action; however, treatment will not be withheld if parent/guardian cannot be reached. I understand and acknowledge that as provided in Education Code Section 35330, by consenting to allow my child to participate in this field trip I shall, by law, be deemed to have given up all claims against the Snowline Joint Unified School District, its officers, and employees for any injury, accident, illness or death occurring during or by reason of the field trip. I understand that any financial responsibility for emergency treatment/transportation is the responsibility of the parent/guardian. I understand that the school district does not provide student accident insurance.

Signature of Parent or Guardian _____ Date _____

Emergency Contact Information

Mother/Guardian Name: _____ Phone: _____

Father/Guardian Name: _____ Phone: _____

Name of Medical Insurance Carrier: _____ Policy Number: _____

Health Information

_____ My child has no known health problems

_____ My child has the following health problems: _____

Please attach instructions if additional or specific care is needed for your child on the field trip.

_____ My child will not need medication during this trip.

_____ My child will need medication during trip hours

Medication name: _____

_____ Please use the medication currently in the Health Office (School Assisted Medication form with parent and physician instructions already on file in the Health Office).

_____ I will provide the medication to be used on this trip (Complete and return School Assisted Medication form **PRIOR** to day of field trip). For your convenience, these forms can be located online at www.snowlineschools.com/departments/health.php

MEDICATION includes prescribed, over-the-counter (including Tylenol/Advil, medicated cough drops, and cold medication), and supplemental (vitamins/herbal remedies) medications that are either daily medications, as needed medications, and/or emergency medications. As required by district policy and state law (Cal ed. Code section 49423), a Parental Consent for Administration of Medication Form and appropriate written directions from your physician concerning administration of medication must be on file in the school health office if medication is to be administered during a field trip. **Students needing medication administration without proper medication forms on file in advance WILL NOT be permitted to attend the field trip.**



***USTED DEBE TENER ESTA FORMA Y PAGO ENTREGADO ANTES DEL 25 DE ABRIL A LAS 2PM
SNOWLINE DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO**

Consentimiento de los padres para el paseos y Autorización para tratamientos médico

Nombre de la escuela: Serrano High School/NTS

Destino de Viaje: Noche de Graduación - Magic Mountain Fecha: 31 de Mayo de 2024 6:15PM - 1 de Junio 5AM

Nombre del Estudiante: _____ Grado _____ Fecha de Nacimiento _____

Yo (nosotros el padre/s, tutor/es legales de _____) por lo presente solicito que él/ella se le permita asistir a **NOCHE de GRADUACIÓN**, el día: 31 de Mayo de 2024. En el evento de cualquier accidente o emergencia cuando yo el padre o tutor no esté presente, autorizo a un representante de la escuela para que haga los arreglos necesarios que él/ella considere para que mi hijo/a reciba los cuidados médicos, incluyendo la transportación necesaria. Bajo tales circunstancias, yo autorizo y permitir cualquier examen ya sean radiografías, anestesia médica, el diagnóstico y el tratamiento dental o quirúrgico prestados por un médico y/o cirujano con licencia cuando se considere necesario para la seguridad y el bienestar de mi hijo/a. Entiendo que se hará el esfuerzo para comunicarse con los padres/tutores legales antes de tomar cualquier acción médica; sin embargo, si el padre/tutor legal no puede ser contactado, cualquier tratamiento médico no será negado. Yo entiendo y reconozco que en la sección del código de educación 35330, con previo consentimiento de que mi hijo/a participe en el paseo, por ley no voy a demandar al distrito escolar de Snowline, a sus oficiales y empleados por heridas, o daños corporales, enfermedad o muerte que ocurra durante el paseo. Entiendo que cualquier responsabilidad financiera debido a una emergencia, tratamiento/transportación serán del padre/tutor legal. Entiendo que el distrito escolar no provee seguro contra accidentes para estudiantes.

Firma del Padre/tutor: _____ Fecha: _____

Información de Contacto de Emergencia

Nombre de Madre/Tutor: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Número de teléfono: _____

Nombre de la Compañía de Seguro Médico: _____ Número de Póliza: _____

Información de Salud

_____ Mi hijo/a no tiene problemas de salud

_____ Mi hijo/a tiene los siguientes problemas de salud: _____

Por favor adjunte adicionales instrucciones si se requiere atención adicional o específico para su hijo/a en la paseo

_____ Mi hijo/a no necesita medicamentos durante el paseo

_____ Mi hijo/a necesita medicamentos durante el paseo

Nombre del medicamento: _____

_____ Por favor use la medicina que por el momento está tomando en la oficina de salud (Formulario de medicamentos asistido en la escuela con las instrucciones de los padres y los médicos que ya están en archivo en la oficina).

_____ Yo proveeré el medicamento para el paseo. (El formulario de medicamentos completo y entregado a la escuela ANTES del día del paseo). Para su conveniencia, estas formas se pueden conseguir en la página de la red:

www.snowlineschools.com/departments/health.php

MEDICACIÓN: incluye recetado, de venta libre (incluyendo Tylenol/Advil), pastillas para la tos, y suplementario (vitaminas/hierbas medicinales) medicamentos de uso diario, como los medicamentos necesarios, y/o medicamentos de emergencia. Como es requerido por la póliza del distrito y la ley del estado (Código 49423), una forma de consentimiento para la administración de la medicación tanto del padre o tutor legal, como el médico concerniente a la administración de la medicina, debe de estar en el archivo de la oficina de enfermería de la escuela, si la medicación debe de ser administrada durante el paseo. Los estudiantes que necesiten la administración de alguna medicina y no tienen ninguna forma de autorización por anticipado **NO SE LES PERMITIRÁ IR AL PASEO.**