

Greater Albany Public School District 8J
Student Field Trip Permission Form (Elementary/Middle Schools)

Dear Parent/Guardian:

During the school year, your child may be making a number of field trips designed to enhance the planned educational program. Some of these places may be within walking distance of the school and some will require transportation. You will be notified when upcoming trips are planned. If you would like to have your child included in field trips, please fill out the form at the bottom of the page and return it to your child's school.

Jim Golden, Superintendent

I give permission for my student to make trips out of the school for educational purposes as part of the planned school program. I am aware that during field trips certain risks are inherent. I understand that field trip activity may involve certain conditions, hazards and potential dangers, including those associated with traveling in the chosen method of travel or those associated with the facilities or property where the field trips will occur or whether the dangers are open and obvious or concealed. I agree to hold the School District harmless for injury or other harm that my child may incur that is not the result of School District negligence.

I agree and my child agrees to abide by all rules and safety precautions relating to this field trip activity. I agree to accept responsibility for any negligent, willful, or intentional act of my child and as a result I will indemnify, defend and hold harmless the School District, its employees and agents for all costs, damages and attorney's fees arising out of any field trip activity.

In the event of an emergency, reasonable attempts will be made to contact the parent or guardian at the telephone number provided at registration. (If contact numbers change at any time during the year, please notify the office in writing.) This would not prevent the emergency health care provider from acting in the best interests of the child if the parent/guardian cannot be contacted or reached. I authorize emergency medical treatment for my child in the event of accident or illness during these field trips, and I will authorize and approve for the payment of expenses for this care.

MEDICATION INFORMATION: Please make prior arrangements when your student must take a medication while on a field trip or when participating in a school sanctioned activity. Please work with school staff to make sure your child's needs are planned for so that a trained adult will be on the field trip or school activity to administer medication. Medications, prescription and non-prescription, are secured with a designated adult during the trip, following policy guidelines. In practice we do not allow elementary students to self-administer medication. Middle school students (and elementary students with specific parent consent and approved by a building administrator) may self-administer medication with the proper permission. For certain prescribed medications for managing asthma, diabetes, and/or severe allergy, students may carry medication with proper physician instruction and parent consent. Please see the office to complete the necessary form. All medication forms are kept on file in the office. For complete information, refer to policy JHCD/JHCDA-AR(1).

I understand that this waiver remains in effect for the current school year until the consent is withdrawn in writing.

_____ has my permission to go on school planned field trips.

Name of Student

_____ Grade

_____ Teacher (Elementary Schools)

_____ Parent or Guardian Signature

_____ Date

Distrito de las escuelas públicas de Albany 8J
Permiso para paseos escolares (Escuelas Primarias/Secundarias)

Estimados padres/apoderado:

Durante el año escolar, su hijo/a tal vez participara en varios paseos diseñados a enriquecer el programa educativo planeado. Algunos de estos lugares podrían estar dentro de distancia para caminar y algunos requieren ser transportados. Usted será notificado cuando los próximos paseos sean planeados. Si a usted le gustaría que su hijo/a sea incluido en estos paseos, por favor complete el formulario en la parte inferior de esta hoja y devuélvalo a la escuela de su hijo/a.

Jim Golden, Superintendente

Yo doy mi permiso para que mi estudiante realice paseos escolares fuera de la escuela, con propósitos educativos, como parte del programa escolar planeado. Soy consciente que, durante los paseos escolares, hay ciertos riesgos que pueden surgir. Yo entiendo que las actividades en un paseo escolar, podrían involucrar ciertas condiciones que sean riesgosas y potencialmente peligrosas, incluyendo aquellas relacionadas, con la elección del método de viaje o aquellas asociadas con las instalaciones o el lugar donde se realicen los paseos escolares; o si los peligros son visibles y obvios o no obvios. Yo estoy de acuerdo con no responsabilizar al Distrito Escolar, por las lesiones u otro daño que mi hijo/a podría sufrir, el cual no sea resultado de la negligencia del Distrito Escolar.

Yo y mi hijo/a estamos de acuerdo, en seguir todas las reglas y precauciones de seguridad con respecto a las actividades del paseo escolar. Yo estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad por cualquier acto negligente, deliberado o intencional de mi hijo/a y como resultado yo voy a indemnizar, defender y no responsabilizar al Distrito Escolar, a sus empleados y a sus agentes por todos los costos, daños y honorarios de abogados que surjan de cualquier actividad del paseo escolar.

En el caso de una emergencia, se harán los intentos razonables para comunicarse con los padres o el apoderado, al número de teléfono proporcionado en la inscripción (Si los números de contacto cambian en cualquier momento durante el año, por favor notifique por escrito a la oficina). Esto no impedirá que la atención de emergencia será proporcionada en los mejores intereses del niño/a si los padres/apoderado no pueden ser contactados o alcanzados. Yo autorizo el tratamiento médico de emergencia para mi hijo/a en el caso de una accidente o enfermedad durante estos paseos escolares y autorizare y proporcionare el pago por los gastos de la atención médica.

INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS: Por favor haga los arreglos anticipadamente, cuando su estudiante deba tomar algún medicamento, mientras este asistiendo a un paseo escolar o cuando este participando en una actividad escolar. Por favor coordine con el personal escolar, para asegurarse que las necesidades de su hijo/a sean planeadas y que un adulto entrenado este en el paseo escolar o actividad escolar, para poder administrar el medicamento. Los medicamentos, con prescripción o sin prescripción, están seguros con un adulto designado durante el paseo, siguiendo con la guía de la póliza. En la práctica nosotros no permitimos a los estudiantes de primaria a auto administrarse los medicamentos. Los estudiantes de secundaria (y los estudiantes de primaria con consentimiento específico de los padres y aprobados por un administrador del edificio) podrían auto administrarse los medicamentos con un permiso apropiado. Para ciertos medicamentos con prescripción para controlar el asma, la diabetes, y/o alergias severas, los estudiantes podrían llevar con ellos el medicamento con la apropiada instrucción de un médico y el consentimiento de los padres. Por favor vaya a la oficina para llenar la solicitud necesaria. Todas las solicitudes de medicamentos son mantenidas en los archivos de la oficina. Para la información completa refiérase a la póliza JHCD/JHCDA-AR(1).

Yo entiendo que esta renuncia queda en efecto por el año escolar actual hasta que se retire el consentimiento por escrito.

_____ tiene mi permiso para ir a los paseos escolares planeados.
Nombre del estudiante

Grado

Maestro/a (Escuelas Primarias)

Firma de los padres o apoderado

Fecha