

Greater Albany Public School District 8J Student Field Trip Permission Form (High School)

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 student may incur that is not the result of School District negligence.

I agree and my student 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 listed below. If I or my emergency contact listed below cannot be contacted, I authorize emergency medical treatment for my student in the event of accident or illness during this field trip and I will authorize and provide 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. Students may self-administer medication with parent permission. Medications, prescription and non-prescription, are secured with a designated adult during the trip, following policy guidelines. 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/counseling office to complete the necessary form. All medication forms are kept on file in the office/counseling office. In some instances, the classroom teacher will provide the necessary forms. If your student is not allowed to self-administer medication on a field trip/school activity, prior arrangements must be made with the school regarding medication administration. For complete information, refer to policy JHCD/JHCDA-AR.

_____ has my permission to go on the following school planned trip.

Name of Student _____

Date of Trip: _____

Departure time: _____ Expected return time to school: _____

Destination: _____

Phone number to call in case of emergency: _____

Parent or guardian signature for approval: _____

Address: _____

City/State/Zip: _____

Instructor: _____

Class: _____

Distrito de las escuelas públicas de Albany 8J Permiso para paseos escolares (Escuelas Preparatorias)

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 abajo. Si yo o mi contacto de emergencia listado abajo, no pueden ser contactados, 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 proporcionaré 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 participando en una actividad escolar. Los estudiantes pueden auto administrarse los medicamentos con el permiso de los padres. Los medicamentos, con prescripción o sin prescripción, están seguros con un adulto designado durante el paseo, siguiendo con la guía de la póliza. 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. En algunos casos, el maestro del salón de clase podría proporcionar las solicitudes. Si su estudiante no está permitido de auto administrarse el medicamento en un paseo/actividad escolar, se debe hacer los arreglos con la escuela, con respecto a la administración del medicamento. Para la información completa refiérase a la póliza JHCD/JHCDA-AR.

_____ tiene mi permiso para ir al siguiente paseo escolar planeado.

Nombre del estudiante

Fecha del paseo: _____

Hora de salida: _____ Hora que se espera regresar a la escuela: _____

Destino: _____

Número de teléfono para llamar en caso de emergencia: _____

Firma de los padres o apoderado por aprobación: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Instructor: _____

Clase: _____