SANTA MONICA MALIBU UNIFIED SCHOOL DISTRICT

$\frac{\text{ADULT PARTICIPATION IN } \underline{\text{VOLUNTARY}}}{\underline{\text{AUTHORIZATION}}} \text{ FIELD TRIP, } \underline{\underline{\text{ASSUMPTION OF RISK}}}, \text{ AND } \underline{\underline{\text{MEDICAL TREATMENT}}}}{\underline{\text{AUTHORIZATION}}} \text{ -- DISTRICT SPONSORED ACTIVITY}$

Type Of Field Trip (Circle)

	Special Field Trip	Overnight Field Trip	Out of State and/or Fo	reign Travel Field Trip	
				Date	
levels of supervision	on, and information per	nerary are attached along vertaining to vendor selection. ility attached to this form.	with an acknowledgme		ture of this trip,
Destination/Nature	of Activity:				
		(Please be	specific.)		
Dates: Itinerary A	attached; please read ca	refully and note all travel a	rrangements.		
	Please read information lgment form and waive	on pertaining to supervision r of liability.	levels, positions of sup	pervisors, etc., carefully be	efore signing the
Type of Transporta		modes of transportation may onica Malibu School District.		involve a risk that cannot	be ascertained by
Health or special no	eeds: Check as appropr	riate.			
I ha	ve no special health need	ls that the staff should be awa	re of, and no medication	is required on the trip.	
I ha	we a special need, and in	structions are attached. Numb	per of attached pages:	·	
Oth	er:				
treatment and hosp performed under the	ital care and transportation of a mem	eby consent to whatever x-ra on considered necessary in the ber of the medical staff of the de medical coverage for parti	the best judgment of the e hospital or facility fur	attending physician, surge	on, or dentist and
I fully understand t	hat participants are to abi	de by all rules and regulation	s governing conduct duri	ng the trip.	
(District) and hold connection with m	the District, its officers,	ode Section 35330, I agree to agents and employees, harmlivity. This waiver shall not a	less from any and all lial	oility or claims, which may	arise out of or in
Signature		Please Print	<u>t</u>	Date	
Work Phone ()_		Home Phon	e()		
Family Medical Ins	surance Carrier:(E:	xample, Blue Cross)	Policy Nu	mber:	
In the event of an e	mergency, please contact	:			
Name		Relationship)		
Work Phone () :WSP/OVER – Adult	Participation. Revised 7/20		e ()		

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SANTA MONICA-MALIBU

PARTICIPACION DE ADULTOS EN VIAJES ESCOLARES <u>VOLUNTARIOS</u>, <u>ASUNCION DE RIESGO Y AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO</u> – ACTIVIDAD PATROCINADA POR EL DISTRITO.

Clase de viaje escolar (Marque uno)

	☐ Viaje Escolar Especial	☐ Viaje Escolar de Noche	☐ Fuera del Estado y/o	Viaje Escolar al Extr Fecha:	anjero			
e iti: del v	abre del Adulto: nerario con una forma de aceptación sobre rendedor. Por favor, lea esta información onsabilidad que se adjunta.	e el tipo de viaje escolar, niveles de	cipar en el siguiente viaje supervisión e informaci a forma de aceptación de	ón pertenecientes a la	selección			
Dest	inación/Clase de Actividad:							
		(Por favor sea específico)						
Fech	as: Itinerario adjunto; por favor lea cuid	ladosamente y apunte todos los ar	reglos del viaje.					
	ona Responsable: Por favor lea cuidadosa rvisores, etc., antes de firmar la forma de			rvisión, posiciones d	•			
	e de Transporte: Varias formas de transporte ito de Santa Mónica Malibu.	e pueden ser usadas, algunas de las c	uales incluyen un riesgo q	ue no puede ser deteri	minado por el			
Salu	d o necesidades especiales. Marque de acue	rdo a lo apropiado:						
	No tengo necesidades especiales de salud	que el personal debería de estar ente	rado y no es necesaria nin	guna medicina en el v	iaje.			
	Tengo una necesidad especial y se adjuntan las instrucciones. Número de páginas adjuntas:							
	Otro:							
quire ciruj servi Com De a del I o de	l caso de enfermedad o lesión, por la present irgico o dental, o tratamiento y cuidado hosp ano o dentista y realizados bajo la supervisió cios médicos o dentales. Además reconozco prendo totalmente que los participantes debe cuerdo a lo dispuesto por el Código de Educi Distrito Escolar de Santa Mónica Malibu (Dis toda responsabilidad o reclamos que puedan aplicarse a ningún incidente que pueda surg	italario y transportación considerado on de un miembro del personal de sa o que el Distrito no provée cobertura en cumplir con todos los reglamentos ación de California Sección 35330, strito) y reconozco que el Distrito, su surgir de, o en conexión con la part	os necesarios en la opinión lud del hospital o institución médica para los participan s y regulaciones de conducestoy de acuerdo en renuncias funcionarios, agentes y icipación de mi hijo(a) en	n más acertada del mét ón que esté proporcior ntes en esta actividad. eta aplicadas durante e ciar a todos los reclam empleados son libres e esta actividad. Esta e	lico de turno, ando los l viaje. os en contra de cualquiera			
Firm	a	Por favor, escriba en letra de imprer	ıta _	Fecha				
Telé	fono del Trabajo: ()	Teléfono de la Casa: ()	eriodic reco				
Nom	bre de la Aseguranza Familiar:(Ejem	aplo, "Blue Cross")	# de Póliza:		····			
En c	aso de emergencia, comunicarse con:			·				
	Nombre		Parentezco					
# de	Teléfono del Trabajo: ()	#	de Teléfono en Casa:	()				