

Return this completed form to your period 1 Teacher
OCEANSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT
PARENT PERMISSION FOR FIELD TRIP by Mondays 5/9/22

FIELD TRIP INFORMATION

School/Site: MLK Date: Friday 5/13/22

Name of Student: _____

Destination: ECHS

Description of the activity: Wildcat Camp

Departure time: 8:20 AM Return Time: 11:30 AM

Transportation: Walking Bus Private Vehicle(s)

Drivers: _____
ie., staff, parent(s), volunteer

MEDICAL INSURANCE COVERAGE:

*Company: _____

*Name of Insured: _____

*Policy/Group No: _____ *Phone: _____

MEDICAL INFORMATION

Medical Problems: _____

(Diabetes, Asthma, Seizures, Allergies, other)

Usual Symptoms: _____

Care/Medication: _____

Comments: _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION:

Emergency Contact: _____

Phone: _____

Emergency Contact: _____

Phone: _____

ADDRESS: _____

I give my permission for my student to participate in the field trip.

I give permission for my student to receive medical attention/treatment in the event of injuries or illness during the field trip.

I understand that the District does not provide coverage for accidents, and I waive any right of recovery for damages or injuries to my student, unless there is evidence of negligence.

NA → *A nutritious sack lunch is available from the cafeteria for all field trips. Please check here, if you require the cafeteria to provide a sack lunch for your student. YES (NO X)*

* PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____

duré e el Per. 1, antes del 19 de Mayo del 2022

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE OCEANSIDE

PERMISO DE LOS PADRES PARA LOS PASEOS ESCOLARES

INFORMACION DEL PASEO ESCOLAR

Escuela/ Sitio: MLK Fecha: 13 de Mayo

*Nombre del Estudiante: _____

Destino: El Camino H.S.

Descripción de la Actividad: Wildcat Camp

Hora de Salida: 8:20 a.m. Hora de Regreso: 11:30 Am

Transporte: Caminando Bus Carro(s) Privado(s)

Conductores: _____
P. ej. Personal escolar, Padres(s), voluntarios

COBERTURA DE SEGURO MEDICO:

*Compañía: _____

*Nombre del Asegurado: _____

*Póliza/Grupo #: _____ *Tel. #: _____

INFORMACION MÉDICA

Problemas Médicos: _____

(Diabetes, Asma, Convulsiones, Alergias, Otros)

Síntomas Usuales: _____

Cuidado/Medicamentos: _____

Comentarios: _____

INFORMACION DE CONTACTOS DE EMERGENCIA:

Contacto en caso de Emergencia: _____

Teléfono: _____

Contacto en caso de Emergencia: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

- Doy mi permiso para que mi estudiante participe en el paseo escolar.
- Doy permiso para que mi estudiante reciba atención/tratamiento médico en caso de lesiones o enfermedad en el paseo escolar.
- Yo entiendo que el distrito no proporciona cobertura por accidentes, y renuncio al derecho de recuperación de gastos incurridos por concepto de daños o lesiones sufridos por mi estudiante, a menos que haya prueba de negligencia.

No esta disponible La cafetería tiene disponible un almuerzo nutritivo en una bolsa para los paseos escolares. Por favor marque disponible aquí si usted necesita un almuerzo provisto por la cafetería para su estudiante. SI NO

* FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR: _____ DATE: _____