

PERMISSION TO PARTICIPATE IN ONE DAY FIELDTRIPS
PERMISO PARA PARTICIPAR EN PASEOS DE UN DÍA

Nombre del maestro(a): _____ Nombre de la escuela: Acworth ES

Información general

Lugar de destino: Center for Civil and Human Rights
Fecha(s) del paseo: 1-30-18 Hora de salida: 9:30am Hora aproximada de llegada: 1:30pm
Contribución requerida por estudiante: \$ \$15.00 Método de transporte: el autobús de escuela
Número aproximado de participantes: Estudiantes 176 Supervisores adultos: 10
Comentarios adicionales del maestro(a): _____

Información del estudiante

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Número de teléfono de la casa: _____
En caso de emergencia, notificar a: _____ Número de teléfono: _____

Información del seguro médico

Compañía proveedora: _____ Número de póliza: _____
Nombre del asegurado: _____ Número del grupo: _____

Información médica

¿Necesita el estudiante tomar medicamentos? Sí No Si es así, ¿cuál es el nombre del medicamento? _____
Condiciones médicas especiales: _____
¿Alergias? Sí No Si es así, especifique alergia a que: Medicamento Comida Picaduras de insectos Otra
Por favor especifique: _____
Restricciones alimenticias: _____

Renuncia

El distrito tiene un plan de indemnización de conformidad con O.C.G.A. § 20-2-1090 que puede o no aplicar en relación con el viaje. Incluso si el plan cubre parte o la totalidad del viaje, los montos de cobertura puede que no cubran todas las lesiones. Entiendo que como padre tengo la opción de, y se me alienta a, comprar un seguro con cobertura, ya sea a través del seguro de accidentes que ofrece el distrito o mediante mi propia compañía de seguro.

Yo (Nombre del Padre/Tutor-POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE): _____ reconozco que la participación en el paseo descrito arriba no es obligatoria y se proporcionará una experiencia instructiva alterna de calidad a aquellos estudiantes que no deseen participar.

Yo solicito que a (Nombre del Estudiante-POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE): _____ se le permita participar en el paseo descrito arriba y específicamente doy mi consentimiento para su participación.

Si el estudiante requiere cualquier procedimiento médico de emergencia o tratamiento durante el paseo, doy permiso para que el supervisor del paseo traslade, haga arreglos y apruebe los procedimientos o tratamiento a su discreción.

Estoy de acuerdo en liberar, indemnizar y declarar inofensivo al Distrito Escolar del Condado de Cobb (El Distrito), su Junta educativa, y sus empleados, agentes o asignados, así como también a los supervisores adultos del paseo previamente aprobados (Indemnizados del Distrito) y prometo no demandarlos por cualquier o todo reclamo, demandas, derechos, causas de acción, responsabilidades, pérdidas, daños, costos y gastos (incluyendo honorarios razonables de abogados), ya sea conocidos o desconocidos, que yo, el otro padre o tutor del estudiante mencionado arriba, o el mismo estudiante pueda tener o alegue tener en contra de los Indemnizados del Distrito o que pueda ser sacado en contra de los Indemnizados del Distrito originado en lo relacionado de alguna manera con la participación del estudiante en los paseos, incluyendo pero no limitado a los procedimientos médicos de emergencia o tratamiento prestados.

NOTA: Este formulario debe ser firmado por el estudiante si éste tiene 18 años de edad o más.

Nombre del padre/tutor (LETRA DE MOLDE)

Firma del padre/tutor

Fecha



PERMISSION TO PARTICIPATE IN ONE DAY FIELD TRIPS

Teacher Name: _____ School Name: Acworth ES

General Information

Destination Site: Center for Civil and Human Rights
Date(s) of Trip: 1-30-18 Departure Time: 9:30am Approximate Return Time: 1:30pm
Donation Requested per Student: \$ 15.00 Method of Transportation: School bus
Approximate Number of Participating: Students: 176 Adult Supervisors: 10
Additional Teacher Comments: _____

Student Information

Student Name: _____ Date of Birth: _____
Address: _____ Home Phone: _____
In case of emergency, notify: _____ Phone: _____

Insurance Information

Company Providing Insurance: _____ Policy Number: _____
Name of Insured: _____ Group Number: _____

Medical Information

Does the student need to take medication? Yes No If so, what medication? _____
Special medical conditions: _____
Allergies? Yes No If yes, please identify allergy: Medication Food Stinging Insects Other
Please identify: _____
Dietary Restrictions: _____

Release

The District does have an indemnity plan pursuant to O.C.G.A. § 20-2-1090 that may or may not apply relative to the trip. Even if the plan covers some or all of the trip, the coverage amounts may not cover all injuries. I understand that as a parent I have the option of, and am encouraged to, purchase student insurance coverage either through the student accident insurance offered by the District or through my own insurance carrier.

I (Parent/Guardian Name-PLEASE PRINT): _____ acknowledge that participation in the field trip described above is not mandatory and that a quality alternative instructional experience will be provided to those students choosing not to participate.

I request that (Student's Name-PLEASE PRINT): _____ be allowed to participate in the field trip described above and specifically consent to his/her participation.

If any emergency medical procedures or treatment are required during the trip, I consent to the trip supervisor(s) taking, arranging for or consenting to the procedures or treatment in his/her or their discretion.

I agree to release, indemnify, and hold harmless or reimburse the Cobb County School District (District), its Board of Education, and its members, employees, agents, representatives, successors or assignees, as well as its approved adult trip supervisors ("District Indemnitees") from and forever promise not to sue them on any and all claims, demands, rights, causes of action, liabilities, losses, damages, costs and expenses (including reasonable attorneys' fees), whether known or unknown, that I, any other parent or guardian of the above-named student, the student or any other successor or assignee may have or may allege to have against the District Indemnitees or which may be brought against the District Indemnitees arising out of or in any manner relating to the student's participation in the field trips, including but not limited any losses, damages or injuries or to the rendering of emergency medical procedures or treatment.

NOTE: This form must be signed by student if the student is 18 years of age or older.

Name of Parent/Guardian (PLEASE PRINT)

Signature of Parent/Guardian

Date

