

FIELD TRIP AND/OR EVENT PERMISSION FORM



EVENT: _____

DATE(S): _____

PLACE: _____

IMPORTANT INFORMATION & INSTRUCTIONS ABOUT THE EVENT:

My son / daughter has permission to attend _____ event.

I, _____ parent/guardian grant permission to any advisor for the above event to make proper medical judgments for my student _____ (print student name), in case medical/dental treatment is needed due to an injury or illness. I understand that I will be responsible for all expenses, doctor and hospital and/or clinic that may be incurred for all related treatments to include prescription of medication. I also understand that any advisor or the school they represent who is involved in making medical decisions will not be held liable in any respect. I, for myself, and on behalf of my heirs, executors, administrators, successors or the delegates, hereby release and forever discharge the Gervais School District from any and all demands or claims, known or unknown, that I have or may have against the Gervais School District and its staff or employees for any and all harm or damage to my son/daughter to their health or property in any manner resulting from or arising out of their participation in and performance of activities related to this event.

Parent / Guardian Signature: _____ Date: _____

Home Phone Number: _____ Cell: _____

Medical Insurance Carrier: _____

Medical Insurance Group Number: _____ Policy Number: _____

School Lunch Yes No

PH: 503-792-3801

FAX: 503-792-3809

FORMA de PERMISO de PASEO y/o EVENTO



EVENTO: _____

FECHA(S): _____

LUGAR: _____

INFORMACION e INSTRUCCIONES IMPORTANTE SOBRE EL EVENTO:

Mi hijo(a) tiene el permiso para asistir al evento de _____.

Yo, como padre / tutor de _____ le concedo el permiso a cualquier consejero para el evento anterior hacer los juicios médicos apropiados para mi estudiante _____ (nombre del estudiante en molde), en caso que se necesite tratamiento medico o dental debido a una lesión o enfermedad. Yo entiendo que yo seré responsable por todos los gastos, doctor y hospital y/o clínica que pueden incurrirse para todos los tratamientos relacionados incluyendo las recetas de medicamentos. Yo también entiendo que cualquier consejero o la escuela que ellos representan quién involucró tomar las decisiones médicas no seran responsables en cualquier respeto. Yo, por mí parte, y en nombre de mis herederos, ejecutivos, administradores, sucesores o los delegados, por la presente lo relevo y para siempre al Distrito Escolar de Gervais de cualquiera y toda reclamación o demandas, conocidas o desconocidas que yo tenga o pueda tener contra el Distrito Escolar de Gervais y su personal o empleados por cualquier o todo el daño o perjuicio a mi hijo/hija a su salud o propiedad de cualquier manera resultando de o surgir fuera de su participación en y la actuación de actividades relacionado a este evento.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Numero de Teléfono de Casa: _____ Celular: _____

Proveedor de Aseguro Médico: _____

Aseguro Medico Numero de Grupo: _____ Numero de Póliza: _____

Lonche de la escuela Si No

PH: 503-792-3801

FAX: 503-792-3809