

FALL CAMP '22



Please review the information in this packet and return the following documents to your student's community teacher NO LATER THAN

- DPS Permission Slip
- Student Information Sheet
- Doctor's Order (only for controlled substances)

This packet also includes a detailed packing list, sample itinerary, and information on payment.

Note: Prescription medications that are considered "controlled substances" must be accompanied by a doctor's order (form included). If you need us to give your child over the counter medication or prescription allergy medication, simply document that on the information sheet.

Questions? Contact Meg Graham (margaret_graham@dpsnc.net) or 919-560-2894

FALL CAMP '22



Revise la información de este paquete y devuelva los siguientes documentos a la maestra A MÁS TARDAR EL

- Autorización de DPS
- Hoja de información sobre la excursión
- Solicitud para administrar un medicamento en la excursión (Sólo para medicamentos que necesiten recípe médico)

Este paquete también incluye una lista detallada de lo que se debe empacar, un itinerario de muestra e información sobre el pago.

Nota: Los medicamentos recetados que se consideran “sustancias controladas” deben ir acompañados de una orden médica (formulario incluido). Si necesita que le demos a su hijo medicamentos de venta libre o medicamentos recetados para la alergia, simplemente documéntelo en la hoja de información.

¿Preguntas? Comuníquese con Meg Graham a margaret_graham@dpsnc.net o al 919.560.2894.

School: LAKEWOOD MONTESSORI MIDDLE Student's Name: _____ Date: _____

1. TRIP OR ACTIVITY PLANNED: ²²
 - a. Description of trip: Fall Camp #8. Haw River, NC
 - b. Date/Time/Location of Departure: 9/21/22 @ 9:30 am LMMS
 - c. Date/Time/Location of Return: 9/23/22 @ 3:00 pm LMMS
 - d. Mode of Transportation: School Buses Student Cost: \$200.00
2. SUPERVISION: (Describe the supervision to be provided throughout the trip) LMMS staff and the staff at Haw River will be providing the supervision.

3. TRANSPORTATION: (Describe the methods students will be transported): School Bus
 REQUIREMENTS: (Describe any special requirements which are imposed on students who participate, including bringing certain items on the trip i.e. life jacket): A detailed packing list will be provided.

EXPECTATIONS AND INSTRUCTIONS: I understand the student is expected, and the student has been instructed by me:

- a. To follow instructions given by supervisors.
- b. Not to leave or separate from the group without appropriate authorization from a supervisor.
- c. To comply with all laws and ordinances, including but not limited to those pertaining to prohibiting the possession or use of drugs or alcohol. *POSSESSION OR USE OF DRUGS OR ALCOHOL IS ABSOLUTELY PROHIBITED.*
- d. Not to enter the lodging accommodations of any other student unless with the permission of the occupants and only of the same sex.
- e. To follow all school rules although away from school as they are considered applicable during the trip.
- f. To confirm with casual and customary standards of good citizenship, good decorum, and common courtesy.
- g. Describe other expectations and instructions. If there are unique dangers, mention the dangers. _____

In the event any of the above expectations or instructions are violated, the students participation may be immediately terminated, a parent or guardian called to retrieve the student, and disciplinary action imposed

4. INSURANCE: I understand that the Board of Education does not or may not carry any insurance relative to the trip or for injuries to the student. I represent that the student has insurance either through the Board's student insurance program or through my own insurance carrier.
5. ACCOMMODATIONS: If the student is disabled or requires special accommodations, information concerning those accommodations is attached.

I request that the above-named student be allowed to participate in the trip planned and specifically consent to the student's participation.

If any emergency medical procedures or treatment are required during the trip, I consent to the trip supervisors taking, arranging for and consenting to the procedures or treatment at the supervisor's discretion. I will pay the costs of any such medical procedures or treatment.

To the maximum extent permitted by law, I release and waive, and further agree to indemnify, hold harmless or reimburse the Durham Public Schools Board of Education, the individual members, agents, employees and representatives thereof, as well as trip supervisors, from and against any claim in which I, any other parent or guardian, any sibling, the student, or any other person, firm or corporation may have or claim to have, known or unknown, directly or indirectly, any losses, damages or injuries arising out of, during or in connection with the students participation in the field trip and related activities or the rendering of emergency medical procedures or treatment if any.

Parent/Guardian's Signature: _____ Date: _____
 Address: _____
 Telephone: _____ Emergency Telephone: _____

DURHAM PUBLIC SCHOOLS
MEDICAL PERMISSION FORM
(Teacher must take this form on the trip)

STUDENT: _____ DATE OF TRIP: 9/21/22-9/23/22

Permission is hereby granted to Durham Public Schools and its authorized representatives, in the unlikely event they are needed, to initiate emergency medical and rehabilitation treatment of injuries, and authorize any needed medical services including, but not limited to, minor surgical treatment, x-rays, authorized medicines and shots, examination by qualified medical personnel. In the event of a serious illness or injury, and/or major medical treatment is required, I understand that every attempt will be made by the attending physician to contact me in the most expeditious manner possible. If said physician is unable to contact me, and the medical treatment is in the best interest of my child, then I give permission for the treatment.

My child will need the following medications taken on the trip:

My child has the following medical conditions that need to be monitored:

Primary medical contact and emergency phone numbers:

Secondary medical contact and emergency phone numbers:

Parent /Guardian Signature: _____ Date: _____

ESCUELAS PÚBLICAS DE DURHAM **C3/C5**
AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR DE LA EXCURSIÓN

Escuela: LMMS Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

1. VIAJE O ACTIVIDAD PLANEADO/A
 - a. Descripción del viaje: Erdkinder 22-Ft. Haw River, NC
 - b. Fecha/hora/lugar de salida: 9/21/22, 9:30 am, LMMS
 - c. Fecha/hora/lugar de llegada: 9/23/22, 2:30 pm, LMMS
 - d. Modo de transporte: autobus escolar Costo del estudiante: 200.00
2. SUPERVISIÓN: (Describa la supervisión que se ofrecerá en el viaje) Los maestros y personal escolar de la escuela LMMS más el personal de Haw River proveerán supervisión a los estudiantes.
3. TRANSPORTE: (Describa los métodos de transporte del estudiante) Autobús escolar
4. REQUISITOS: (Describa cualquier requisito especial que se imponga a los estudiantes que participen, incluso traer ciertos objetos al viaje, por ej. salvavidas)

Más adelante se proveerán un listado detallado de lo que nos estudiantes deberán preparar
EXPECTATIVAS E INSTRUCCIONES: Entiendo que se espera que el estudiante, (y se le pidió que):

- a. siga las instrucciones dadas por los supervisores;
- b. no salga ni se separe del grupo sin la autorización apropiada del supervisor;
- c. cumpla con todas las leyes y normas, incluso, aunque no se limiten, a aquellas referentes a la prohibición del uso y posesión de drogas o alcohol. **ESTÁ ABSOLUTAMENTE PROHIBIDO/A LA POSESIÓN O EL USO DE DROGAS O ALCOHOL;**
- d. no ingrese al alojamiento de ningún otro estudiante a menos que tenga permiso de los ocupantes y solamente que sea del mismo sexo;
- e. siga todos los reglamentos de la escuela aunque esté lejos de la escuela ya que se consideran aplicables durante el viaje;
- f. demuestre las normas habituales e informales y costumbres de buena ciudadanía, buen decoro y cortesía común;
- g. describa las expectativas e instrucciones. En caso de riesgos particulares, mencione los riesgos:

En el caso de que se transgreda cualquiera de estas expectativas o instrucciones, es posible que se interrumpa la participación de los estudiantes, que se le pida a un padre o tutor que retire al estudiante y se imponga una acción disciplinaria.

5. SEGURO: Entiendo que el Departamento de Educación no ofrece y ni puede ofrecer ningún seguro en relación al viaje o las lesiones del estudiante. Presupongo que el estudiante tiene seguro, ya sea por medio del programa de seguro estudiantil de la Junta o de su propio seguro.
6. ALOJAMIENTO: Si el estudiante sufre de diabetes o si necesita alojamiento especial, se adjunta la información referente a esos alojamientos.

Solicito que al estudiante mencionado anteriormente se le permita participar del viaje planeado y especialmente doy permiso a la participación del estudiante.

En caso de que se requieran tratamientos o procedimientos médicos durante el viaje, doy consentimiento a los supervisores del viaje para que tomen, organicen y consientan los procedimientos o tratamientos a criterio del supervisor. Pagaré los gastos de cualquier tratamiento o procedimiento médico.

Con el alcance máximo permitido por ley, doy a conocer y renuncio, y además acuerdo indemnizar, eximir o reintegrar a la Junta Educativa de las escuelas públicas de Durham, a los miembros individuales, agentes, empleados y representantes de la misma, así como también los supervisores del viaje, cualquier reclamo que yo, cualquier otro padre, madre o tutor, cualquier hermano o hermana, el estudiante o cualquier persona, empresa o corporación tenga, conocido o desconocido, directa o indirectamente, cualquier pérdida, daño o lesión que resulte de, durante, o en conexión con, la participación del estudiante en la excursión y en las actividades relacionadas, o en la realización de un tratamiento o procedimiento médico, si lo hubiera.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono de emergencia: _____

ESCUELAS PÚBLICAS DE DURHAM
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA
(los maestros deben llevar este formulario al viaje)

ESTUDIANTE: _____ FECHA DEL VIAJE: 9/21/22-9/23/22

Se otorga, por medio de la presente, permiso a las escuelas públicas de Durham y a sus representantes autorizados, en el caso improbable que se requiera, para iniciar tratamiento de rehabilitación y de emergencia médica debido a lesiones, y se autoriza cualquier servicio médico necesario que incluya, pero no se limite a, tratamientos quirúrgicos menores, radiografías, medicamentos e inyecciones autorizados o examinación realizada por el personal médico calificado. En el caso de una enfermedad o lesión, o que sea necesario un tratamiento médico especializado, entiendo que el médico a cargo realizará todo lo posible por comunicarse conmigo, de la manera más expeditiva posible. Si dicho médico no puede ponerse en contacto conmigo, y el tratamiento médico es la mejor solución para mi hijo/a, entonces doy permiso para llevar a cabo el tratamiento.

Mi hijo/a necesitará llevar al viaje los siguientes medicamentos:

Mi hijo/a sufre de las siguientes condiciones que necesitan ser controladas:

Números de teléfono de emergencia y de contactos médicos primarios:

Números de teléfono de emergencia y de contactos médicos secundarios:

Firma del/de la padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

**Fall Camp 2022
Student Information Sheet**

Student's Name _____
Parent/Guardian #1 Name _____ Phone number _____
Parent/Guardian #2 Name _____ Phone number _____

Food

Does your student have dietary restrictions and/or food allergies? Please be specific:

Medications

Does your student need to take any medication (over the counter or prescription) while on the trip? All medications must be turned into teachers in original containers the Monday before the trip. Medications will be held by teachers for the duration of the trip. Failure to turn over medications will result in students' dismissal from camping. **Depending on the medication, we may request additional paperwork.**

Medication name: _____ Dose: _____ Time taken: _____

Medication name: _____ Dose: _____ Time taken: _____

Medication name: _____ Dose: _____ Time taken: _____

Student Conduct Agreement

I, _____, understand that this field study is an opportunity for 7th and 8th graders to build community at the beginning of the school year. It is my responsibility to positively contribute to the community, do my part in the work of camp, and maintain a positive attitude. I also understand that my teachers and peers need to trust me for this trip to be successful. I will turn my phone over to the teachers at the beginning of the trip and receive it at the end, or bring a parent note that affirms that my phone is at home. Failure to live up to these expectations may result in being dismissed from camp and being picked up by parent/guardian.

student signature

date signed

Parent/Guardian Agreement

I, _____, understand and support the behavior expectations of my student for the Fall Camp field study. I understand that my child's phone will be turned over to the teachers prior to the trip unless I send in a note affirming that his/her phone is at home.

parent/guardian signature

date signed

Campamento de otoño 2022
Hoja de información del estudiante

Nombre de el estudiante _____
Padre o representante #1 Nombre _____ Teléfono _____
Padre o representante #2 Nombre _____ Teléfono _____

Comidas

¿Tiene su estudiante restricciones dietéticas y/o alergias a algún alimento? Por favor sea específico:

Medicamentos

¿Su estudiante necesita tomar algún medicamento (de venta libre o con receta) durante el viaje? Todos los medicamentos deberán ser entregados a los profesores en sus envases originales el lunes anterior a la fecha del viaje. Los maestros retendrán los medicamentos durante la duración del viaje. La falta de entrega de los medicamentos resultará en la remoción de los estudiantes del campamento. **Dependiendo del medicamento, podemos solicitar documentación adicional.**

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Hora: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Hora: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Hora: _____

Acuerdo de Conducta Estudiantil

Yo, _____, Comprendo que este estudio de campo es una oportunidad para que los estudiantes de 7.º y 8.º grado construyan una comunidad al comienzo del año escolar. Es mi responsabilidad contribuir positivamente en la comunidad, hacer mi parte en el trabajo en el campamento y mantener una actitud positiva. También entiendo que mis maestros y compañeros necesitan confiar en mí para que este viaje sea un éxito. Entregaré mi teléfono a los maestros al comienzo del viaje y lo recibiré al final, o traeré una nota de mis padres o tutores que afirme que mi teléfono está en casa. El incumplimiento de estas expectativas puede resultar en la expulsión del campamento mi padre/tutor deberá recogerme del campamento.

Firma del estudiante

Fecha

Acuerdo del Padre / Tutor

Yo, _____, entiendo y apoyo las expectativas de comportamiento de mi estudiante para el estudio de campo del campamento de primavera. Entiendo que el teléfono de mi estudiante será entregado a los maestros antes del viaje a menos que envíe una nota afirmando que su teléfono está en casa.

Firma del padre / Tutor

Fecha



Student Name: _____

Date of Birth: _____

School: _____

School Year: _____

Diagnosis	Medication Name Right Medication	Dosage Right Amount	How to Give Right Route	When to Give Right Time
Daily <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Diphenhydramine (Benadryl) <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Dose _____	<input type="checkbox"/> By Mouth <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Upon Exposure <input type="checkbox"/> Mild Reaction <input type="checkbox"/> Upon Exposure <input type="checkbox"/> Severe Reaction <input type="checkbox"/> If provided, repeat does after _____ minutes if symptoms continue
Allergy List of Allergens:	<input type="checkbox"/> Epinephrine Auto-Injector	<input type="checkbox"/> 0.15 mg <input type="checkbox"/> 0.3 mg	Intramuscular (IM) Injection	<input type="checkbox"/> DAILY before exercise <input type="checkbox"/> AS NEEDED before exercise <input type="checkbox"/> Other _____
Green Zone Exercise Induced	<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> 2 puffs <input type="checkbox"/> 1 ampule/vial <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Inhaled (use spacer if provided) <input type="checkbox"/> Nebulizer	<input type="checkbox"/> For Emergency Symptoms
Yellow Zone	<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> 2 puffs <input type="checkbox"/> 4 puffs <input type="checkbox"/> 1 ampule/vial <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Inhaled (use spacer if provided) <input type="checkbox"/> Nebulizer	<input type="checkbox"/> Every 4 hours as needed <input type="checkbox"/> Other _____
Red Zone CALL 911	<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Other _____	CALL 911 <input type="checkbox"/> 4 puffs <input type="checkbox"/> 1 ampule/vial <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Inhaled (use spacer if provided) <input type="checkbox"/> Nebulizer	
Other Asthma Medications (EX: Symbicort, Dulera, etc.)	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> with Spacer	<input type="checkbox"/> Exercise: _____ puff(s) inhaled before exercise as needed to prevent symptoms <input type="checkbox"/> Yellow Zone _____ puff(s) inhaled every _____ minutes for cough/wheeze/shortness of breath, up to _____ puffs. Call parent/guardian if symptoms have not improved after _____ puffs. <input type="checkbox"/> Red Zone: _____ puff(s) inhaled every _____ minutes up to _____ puffs	<input type="checkbox"/> Subcutaneous SQ <input type="checkbox"/> Intramuscular IM <input type="checkbox"/> Nasal Spray <input type="checkbox"/> Other _____	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Glucagon <input type="checkbox"/> Gvoke <input type="checkbox"/> Baqsiml <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Dose _____		If student becomes unconscious
Seizure	<input type="checkbox"/> Diastat <input type="checkbox"/> Valtoco <input type="checkbox"/> Nayzliam <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Dose _____	<input type="checkbox"/> Rectal Gel <input type="checkbox"/> Nasal Spray <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Seizure Onset <input type="checkbox"/> After 5 minutes <input type="checkbox"/> After _____ minutes <input type="checkbox"/> Other _____
Physician's Printed Name: _____		Physician's Tel: _____		Date: _____
Physician's Signature: _____		Fax: _____		MD Stamp: _____
		Nurse Review/Signature/Date: _____		



Durham Public Schools Parent Request and Providers' Order Form for Medication

Student Name: _____

Date of Birth: _____

School: _____

School Year: _____

To be completed by parent/guardian

I understand that:

- Non-medical personnel conduct the medication administration.
- It is my responsibility to have an adult transport the medication to school.
- If medication is not available at the school, 911 will be called for emergencies.
- If my child participates in DPS before/after-school activities/sports, I will assume responsibility for contacting the advisor/coach of my child's medical condition. I will provide extra emergency medications that may be needed during the activity. I may contact the school nurse if assistance is needed in instructing the advisor in a medical procedure or if a copy of the information needs to be shared with them.

I request that:

- My child be administered the medication as indicated in the physician's order.
- If an emergency injection is ordered, I give permission for the school nurse to instruct designated staff in the administration technique.

I authorize:

The release and exchange of medical information between my child's physician, school nurse and Durham Public School (DPS) system that is necessary in carrying out services for my child.
 I hereby give my permission for my child to receive medication during school hours. This medication has been prescribed by a licensed physician.
 I hereby release the Board of Education and their agents and employees from any and all liability that may result from my child taking the prescribed medication.

Parent/Guardian Print Name: _____ Parent/Guardian Signature: _____ DATE: _____ Phone: _____

Student Self-Carry and Self-Administration of Medication

To be completed by Physician

The student must have the medication(s) listed on the reverse side of this form during the school day or at school sponsored events in order to function. **Adult Supervision is NOT needed.** The student has been instructed in the treatment plan and self-administration of the listed medication(s) and has demonstrated the skill level necessary to self-administer medications for:

- Asthma
- Severe Allergy
- Insulin
- Other _____

For Epinephrine Auto Injector Only:

In the event the student is experiencing respiratory difficulty and is unable to administer the Epinephrine Auto Injector, the school nurse will train designated school staff to administer the Epinephrine Auto Injector and call 911.

Physician Printed Name: _____

Physician Signature: _____ Date: _____

To be completed by Student at School:

- I have demonstrated use of my medication for the school staff listed
- I plan to keep my medication and equipment with me at school.
- I will use my medication as advised by my physician.
- I will not allow any other person to use my medication.
- I will notify a school staff member if I am having more difficulty than usual with my medication.

Student Signature _____ Date: _____

To be completed by Parent/Guardian:

I request and give permission for my child to carry and give the medication listed on the reverse side during the school day, at school-sponsored activities or while in transit to or from school. Adult supervision is not needed.

I understand that:

- I shall provide the school back-up medication (in addition to what student will carry) that shall be kept at school.
- My child will be required to demonstrate the skill level necessary to use the self-administered emergency medication to school staff trained by the school nurse.
- My child will be subject to disciplinary action if medication is used in any other manner than prescribed.

For Epinephrine Auto Injector Only:

In the event the student is experiencing respiratory difficulty and is unable to administer the Epinephrine Auto Injector ordered by the physician, a trained school staff member may administer the Epinephrine Auto Injector and call 911. I have observed my child demonstrate the necessary skill level to implement the care plan prescribed by his/her health care provider.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

To be completed by School Nurse:

I have observed the student indicated above verbalize and demonstrate the skill level necessary to use the medication prescribed by the above physician.

- Inhaler
- Epinephrine Auto Injector
- Other: _____

Nurse Signature _____ Date: _____

Erdkinder Fall Camp 2022 Information

Dr. Maria Montessori believed that a crucial element of the secondary Montessori program is an Erdkinder experience. Erdkinder translated means "children of the land". Lakewood Montessori Middle School strives to be a true Montessori education program and has chosen to provide an Erdkinder experience at the beginning of 7th and 8th grade. Because it is a part of the educational experience that you chose for your child, we expect all of our students to participate. It is our belief that getting the students and staff out of the city and into nature together, will help them to develop a strong community that will serve as a foundation for the upcoming year's academic program.

At the start of the 2022-2023 school year, the students will travel to Haw River State Park to participate in an environmental studies program facilitated by The Summit Environmental Education center for 3 days and 2 nights. Communities 3 & 5 will depart on Wednesday, September 21st and return on Friday, September 23rd. Communities 4 & 6 will depart on Wednesday, September 28th and return on Friday, September 30th..

The cost of the trip is \$200.00/student. We do not want cost to be a barrier for families. Please communicate with us about what your family can contribute. For some families that will be more than the suggested cost and for others it will be less than the suggested cost. Please make checks out to LMMS or pay online by going to our website (online payments are preferred).

Payment Contract (check one option)

OPTION A: Halved Payments	OPTION B: Full Payment	OPTION C: Other
\$100 before the trip & \$100 by the end of October	\$200.00 before the trip	Options A & B are barriers for my family. Please call me about other options.

Student Name: _____ Community: _____

Parent Name(s): _____ Parent phone: _____

Información para el campamento de otoño del 2020 a Erdkinder

La Dra. María Montessori creía que un elemento crucial del programa secundario Montessori es vivir la experiencia Erdkinder. Erdkinder traducido significa "hijos de la tierra". La Escuela Intermedia Lakewood Montessori se esfuerza por ser un verdadero programa de educación Montessori y ha optado por brindar una experiencia de Erdkinder al comienzo del 7.º y 8.º grado. Debido a que es parte de la experiencia educativa que eligió para su hijo, esperamos que todos nuestros estudiantes participen. Creemos que sacar a los estudiantes y al personal de la ciudad y adentrarse juntos en la naturaleza los ayudará a desarrollar una comunidad sólida que servirá como base para el programa académico del próximo año.

Al comienzo del año escolar 2022-2023, los estudiantes viajarán al Parque Estatal Haw River para participar en un programa de estudios ambientales facilitado por el centro de Educación Ambiental The Summit durante 3 días y 2 noches. Las comunidades 3 y 5 partirán el miércoles 21 de septiembre y regresarán el viernes 23 de septiembre. Las comunidades 4 y 6 partirán el miércoles 28 de septiembre y regresarán el viernes 30 de septiembre.

El costo del viaje es de \$200.00/estudiante. No queremos que el costo sea una barrera para las familias. Por favor comuníquese con nosotros sobre lo que su familia puede aportar. Para algunas familias será mayor que el costo sugerido y para otras será menor que el costo sugerido. Realice cheques a nombre de LMMS o pague en línea visitando nuestro sitio web (se prefieren los pagos en línea).

Plan de pagos (seleccione una opción)

OPCIÓN A: Pagos en dos partes \$100 antes del viaje y \$100 a fines de octubre.	OPCIÓN B: Pago completo \$200.00 antes del viaje	OPCIÓN C: Otro Las opciones A y B son barreras para mi familia. Por favor necesito saber acerca de otras opciones.
---	--	--

Nombre del estudiante _____ Comunidad _____

Nombre de uno de los padre: _____ Teléfono de los padres: _____



**NOTIFICATION OF RISK AND CONSENT TO PARTICIPATE IN DPS SCHOOL-SPONSORED EVENTS
AND WAIVER OF LIABILITY RELATING TO CORONAVIRUS/COVID-19**

The novel coronavirus (COVID-19) has been declared a worldwide pandemic by the World Health Organization. COVID-19 is contagious and is believed to spread mainly from person-to-person contact. As a result, federal, state, and local governments and federal and state health agencies recommend social distancing and have, in many locations, mandated the wearing of face coverings and masks. In addition, several governmental entities have required persons to be vaccinated to work or enter or use buildings or use the facilities within their jurisdiction.

Durham Public Schools (District) has put in place preventative measures based on guidance from the North Carolina Department of Education and NCDHHS and in accordance with federal, state, local, and CDC guidelines and orders to reduce the spread of COVID-19. These measures are designed to reduce and minimize the potential exposure of students to COVID-19 while participating in school-sponsored field trips. Our district has implemented safety precautions in all of our buildings; however, it is important for parents and students to understand that school districts can only mitigate the risk of COVID-19. The District cannot guarantee that a student will not be exposed to COVID-19 during any school-sponsored event. No district, organization, or business can offer 100% protection against exposure to a global pandemic. DPS cannot guarantee that you or your child(ren) will not become infected with COVID-19. Attending and being present at the field trip could increase your risk and your child(ren)'s risk of contracting COVID-19.

By signing this waiver, I acknowledge that my child's (or my, if 18 or older) participation in a school-sponsored field trip is entirely optional and voluntary. I acknowledge the contagious nature of COVID-19 and any variants and voluntarily assume the risk that my child (or I, if 18 or older) may be exposed to or infected by COVID-19 by participating in a school-sponsored dance and that such exposure or infection may result in illness, personal injury, permanent disability, and/or death. I understand that the risk of becoming exposed to or infected by COVID-19 and any variants by reason of my child's or my participation in a school-sponsored field trip may result from the actions, omissions, or negligence of me, my child, other student participants, school staff, volunteers, or others at or around me or my child during the field trip activities. School-sponsored field trips include activities that may involve mass gatherings of students and staff in a school or other indoor facility, close personal contact with others at distances of less than 6 feet, dancing, photographs, singing or conversation in groups, and consumption of food or beverages that may necessitate the removal of facial coverings and masks while in the presence of and close proximity to others.

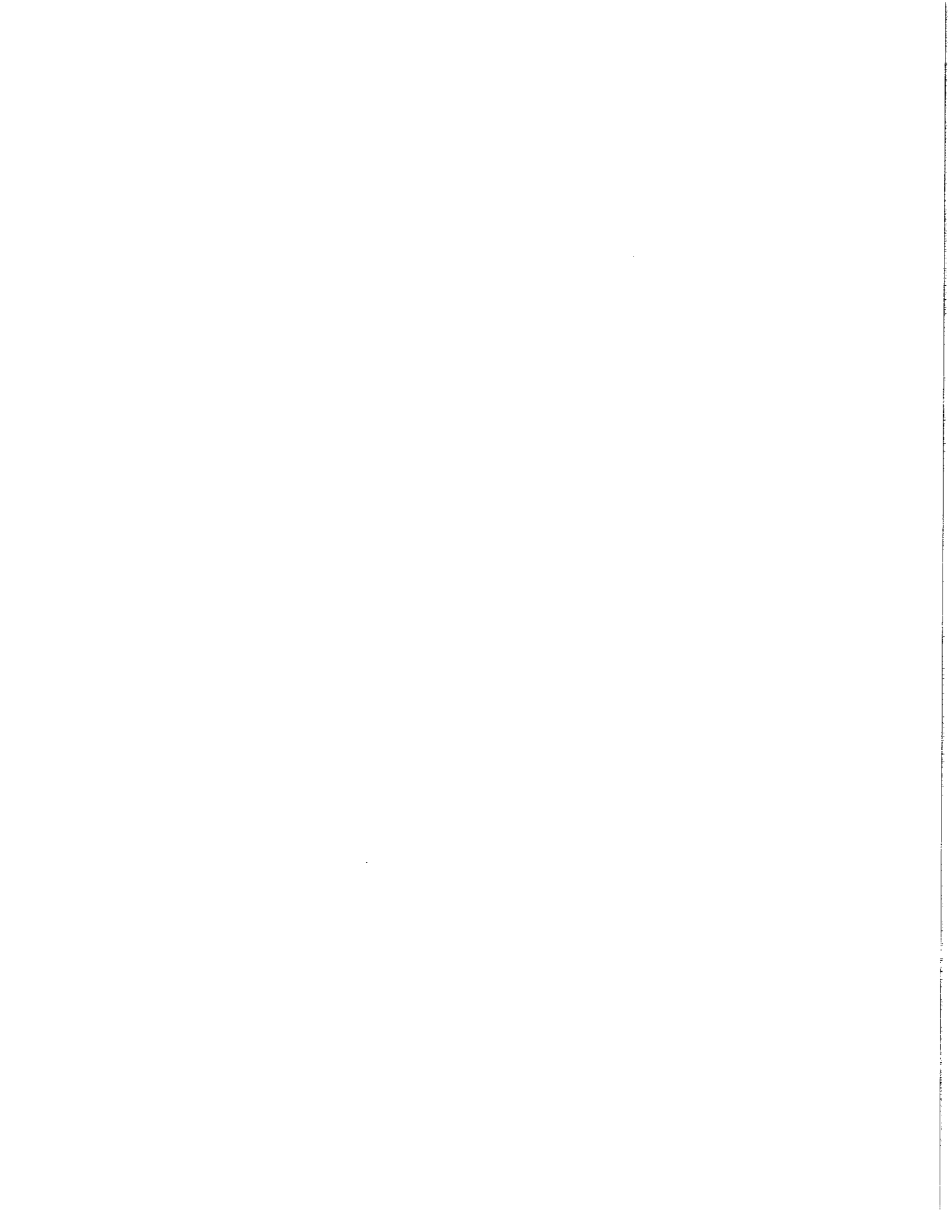
By signing below, I acknowledge the highly contagious nature of COVID-19, including any variants, and I acknowledge and assume on behalf of myself and my child(ren) the risk that I and my child(ren) may be exposed to or infected by COVID-19 by attending any field trip sponsored by any DPS school and that such exposure or infection may result in personal injury, illness, permanent disability, and/or death. I further agree for myself and my child(ren) to adhere to CDC guidelines and the Durham and NC Department of Health and Human Services guidelines for safety measures regarding COVID-19. I voluntarily agree to assume all of the foregoing risks and accept sole responsibility for any injury to my child (or me, if 18 or older), including, but not limited to, personal injury, disability, and/or death, illness, damage, loss, claim, liability, or expense, of any kind, that my child (or I, if 18 or older) may experience or incur in connection with my child's (or my, if 18 or older) participation in a school-sponsored field trips. I hereby release, covenant not to sue, discharge, and indemnify and hold harmless the Durham Public Schools, its Board members, and its employees, staff, agents, and representatives, of and from all liabilities, claims, actions, damages, costs, or expenses of any kind arising out of or relating thereto. I understand and agree that this release includes any claims based on the actions, omissions, or negligence of the Durham Public Schools, its Board members, its employees, staff, agents, and representatives, whether a COVID-19 and any variants exposure, transmission, quarantine, or infection occurs before, during, or after my child's (or my, if 18 or older) participation in school-sponsored field trips. _____ Initials

I HAVE READ AND FULLY UNDERSTAND THE ABOVE.

Printed name of student/field trip attendee: _____

Name of parent/guardian(printed): _____

Parent/guardian signature: _____ Date _____





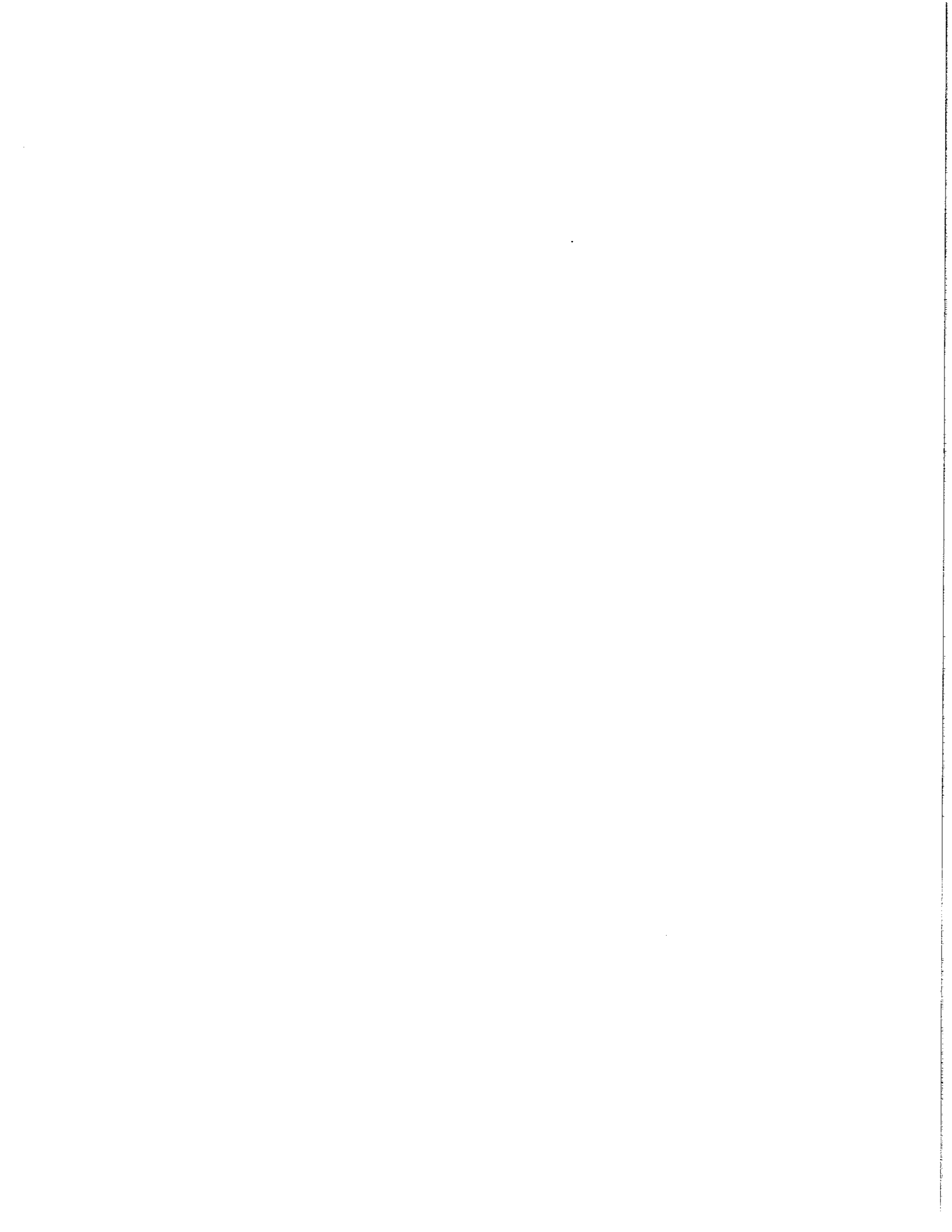
AVISO DE RIESGO Y CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LOS EVENTOS POR LAS ESCUELAS DE DPS Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD EN RELACIÓN CON EL CORONAVIRUS/COVID-19.

El nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. El COVID-19 es contagioso y se cree que se transmite principalmente por el contacto de persona a persona. Como resultado, los gobiernos federales, estatales y locales, así como las agencias de salud federales y estatales, recomiendan el distanciamiento social y, en muchos lugares, han ordenado el uso de mascarillas y de coberturas faciales. Adicionalmente, varias entidades gubernamentales han exigido que las personas estén vacunadas para poder trabajar, entrar o utilizar los edificios o las instalaciones dentro de su jurisdicción.

Para reducir la propagación del COVID-19 el Distrito de las Escuelas Públicas de Durham han establecido medidas preventivas basadas en la guía del Departamento de Educación de Carolina del Norte y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte (NCDHHS, por sus siglas en inglés) y de acuerdo con las directrices y órdenes federales, estatales, locales y del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). Estas medidas están diseñadas para reducir y minimizar en lo posible que los estudiantes estén expuestos al COVID-19 mientras participen en viajes de campamento patrocinados por la escuela. Nuestro distrito ha implementado precauciones de seguridad en todos nuestros edificios; sin embargo, es importante que los padres y los estudiantes comprendan que los distritos escolares solo pueden reducir el riesgo del COVID-19. El Distrito no puede garantizar que un estudiante no estará expuesto al COVID-19 durante cualquier evento patrocinado por la escuela. Ningún distrito, organización o empresa puede ofrecer una protección del 100% contra el riesgo de estar expuesto a una pandemia mundial. DPS no puede garantizar que usted o su hijo/a no se contagie del COVID-19. Asistir y estar presente en un viaje de campamento podría aumentar su riesgo y el de su(s) hijo(s) de contraer COVID-19.

Al firmar esta declaración, reconozco que la participación de mi hijo/a (o la mía, si tiene 18 años o más) en el viaje de campamento patrocinado por la escuela es totalmente opcional y voluntaria. Reconozco la naturaleza contagiosa de COVID-19 y cualquier variante y asumo voluntariamente el riesgo de que mi hijo/a (o yo, si tengo 18 años o más) pueda estar expuesto o ser contagiado de COVID-19 al participar en el viaje de campamento patrocinado por la escuela y que dicha exposición o infección pueda resultar en enfermedad, lesión personal, discapacidad permanente y/o muerte. Entiendo que el riesgo de estar expuesto o de contagio de COVID-19 y de cualquier variante debido a la participación de mi hijo/a o mía en el viaje de campamento patrocinado por la escuela puede ser el resultado de las acciones, omisiones o negligencias de mi parte, de mi hijo/a, de otros estudiantes participantes, del personal de la escuela, de los voluntarios o de otras personas que se encuentren en o cerca de mí o de mi hijo/a durante las actividades de el viaje de campamento. Los viajes de campamento patrocinados por la escuela incluyen actividades que pueden implicar reuniones masivas de estudiantes y personal en una escuela u dentro de otra instalación, un contacto personal cercano con otras personas a distancias de menos de 6 pies, bailar, tomarse fotografías, cantar o conversar en grupos, y el consumo de alimentos o bebidas que pueden requerir que se quiten las coberturas faciales y las mascarillas mientras están en presencia y cerca de otras personas.

Al firmar a continuación, reconozco la naturaleza altamente contagiosa de COVID-19, incluyendo cualquier variante, y reconozco y asumo en mi nombre y en el de mi(s) hijo(s) el riesgo de que yo y mi(s) hijo(s) podamos estar expuestos o contagiarnos de COVID-19 al asistir a cualquier viaje de campamento patrocinado por cualquier escuela de DPS y que dicha exposición o contagio puede resultar en lesiones personales, enfermedad, discapacidad permanente y/o muerte. Además, estoy de acuerdo de que tanto mi hijo/a como yo cumpliremos con las pautas de las medidas de seguridad relacionadas con el COVID-19 del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Durham y de Carolina del Norte. Estoy de acuerdo en asumir voluntariamente todos los riesgos anteriores y acepto la responsabilidad exclusiva de cualquier lesión que sufra mi hijo/a (o yo, si tengo 18 años o más), incluyendo, pero sin limitarse a, lesiones personales, discapacidad y/o muerte, enfermedad, daños, pérdidas, reclamaciones, responsabilidades o gastos, de cualquier tipo, que mi hijo/a (o yo, si tengo 18 años o más) pueda experimentar o incurrir en relación con la participación de mi hijo/a (o mía, si tengo 18 años o más) en el viaje de campamento patrocinado por la escuela. Por este medio exonero, me comprometo a no demandar, eximo, e indemnizo y absuelvo a las Escuelas Públicas de Durham, a los miembros de su Junta Directiva y a sus empleados, personal, agentes y representantes, de toda responsabilidad, reclamo, acción, daño, costo o gasto de cualquier tipo que surja o se relacione con lo anterior. Entiendo y estoy de acuerdo en que esta exoneración incluye cualquier reclamo basado en las acciones, omisiones o negligencia de las Escuelas Públicas de





DURHAM
PUBLIC SCHOOLS

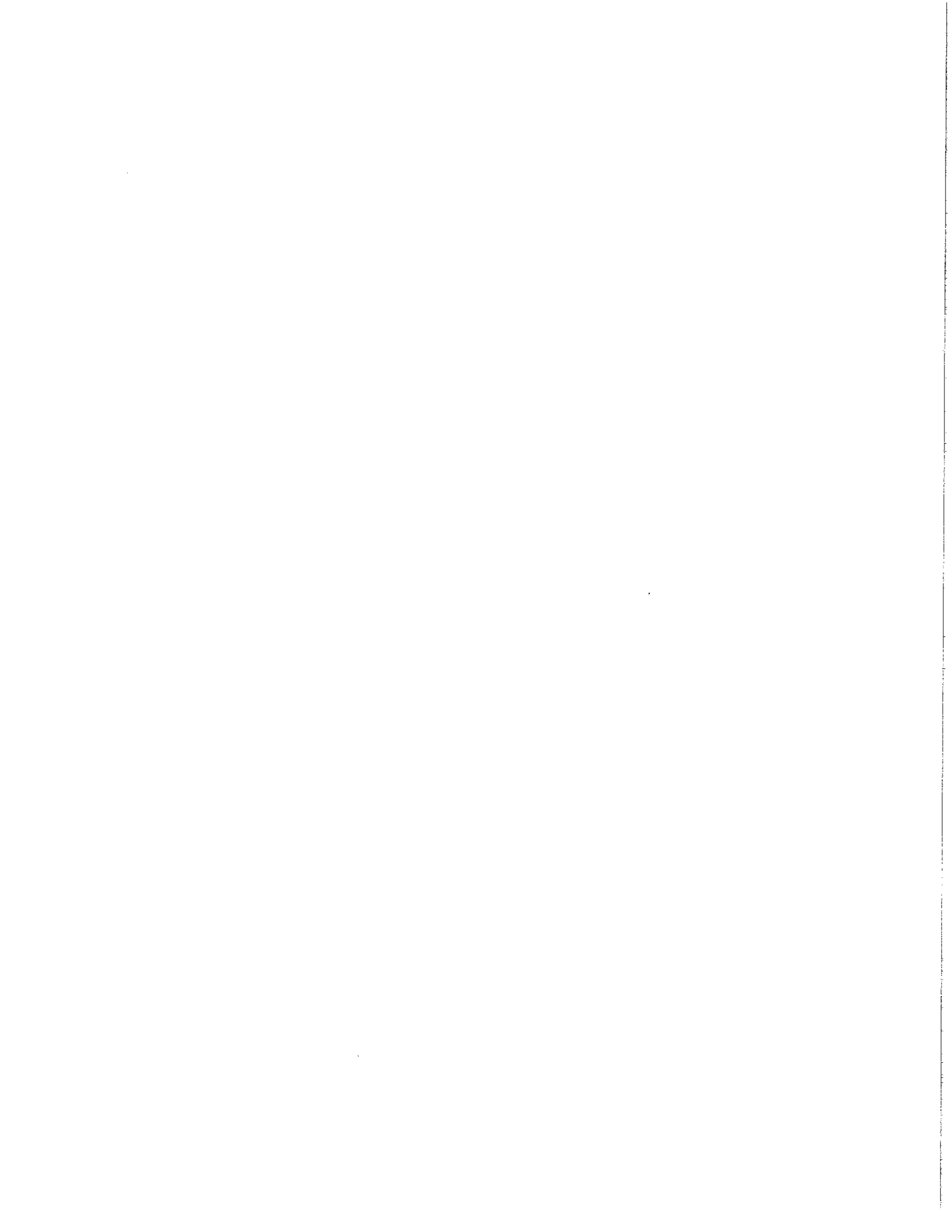
Durham, los miembros de la Junta Directiva, los empleados, el personal, agentes y sus representantes, independientemente de si por el COVID-19 y cualquier variante se produzca una exposición, transmisión, cuarentena o infección antes, durante o después de la participación de mi hijo/a (o mía, si es mayor de 18 años) en el viaje de campamento patrocinados por la escuela.
_____ Iniciales

HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE LO ARRIBA MENCIONADO.

Nombre en letra de molde del estudiante o de la persona que asiste al viaje de campamento:

Nombre del padre/madre o tutor (en letras de molde): _____

Firma de los padres/tutores: _____ Fecha: _____



Erdkinder Packing List: Forest Field Study

Clothing

- Three complete sets of clothing including one pair of long pants. All clothing will get dirty.
- One jacket/sweatshirt
- Rain jacket/poncho
- Hat
- Two pairs of sturdy closed toe shoes
- PJ's
- Trash bag for wet/dirty clothing

Linens

- One bath towel and one washcloth/face towel
- Sleeping bag
- Pillow

Toiletries

- Toiletry bag with the following items:
 - Shampoo/conditioner
 - Soap
 - Deodorant
 - Toothbrush/toothpaste
 - Feminine products
 - Sunscreen
- Flip flops for the shower (optional)

Miscellaneous

- Water bottle

Optional Items

- Journal/Pencil
- Bug spray
- Book to read
- Notepad
- Disposable camera
- Cards

Items not permitted by the Summit Environmental Ed Ctr

- Electronics
- Phones
- New clothes/shoes
- Curling irons/flat irons, rollers
- Gum
- Food
- Expensive jewelry
- Flashlights

Itinerary for C3/C5 Fall Camp
9/21-9/23

Day One

9:30 Depart LMMS
10:30 Arrival/Cabin Check In/Intro
11:30 Meet group/Icebreakers
12:00 Lunch
12:45 Cruisers/Chaperones Facilitate table dismissal
1:00-4:00 Wilderness Survival/Fire Building/Fire Challenge
4:00-5:00 Snack/Community Time/Solo Time
5:00-7:00 Wilderness Survival/Cooking/Handwork Stations & Community Meal
8:30 Snack & Closing Community time at Den/Roost

Day 2

8:00 Breakfast
9:00 -12:00 Wetlands/Wetlands Inventory/BioIndex/Wetlands ID
12:00 Lunch
12:45 Cruisers/Chaperones help bus
1:00-4:00 Piedmont Wildlife/Predator Prey/Bandanas
4:00 - 5:00 Snack/Community Time/Solo Time
5:00-7:00 Invasive Project & Night Hike
8:30 Snack & Closing Community time in Den/Roost

Day 3

7:30 Cabin Check out
8:00 Breakfast
8:45 -11:30 Orienteering Egg Challenge VS. Wetlands/Wetlands Inventory, etc
11:30 Lunch
12:15 Depart
1:30 Arrive at LMMS
