

DURHAM PUBLIC SCHOOLS
PERMISSION TO PARTICIPATE IN FIELDTRIP

School: _____ Student's Name: _____ Date: _____

1. TRIP OR ACTIVITY PLANNED:
 - a. Description of trip: _____
 - b. Date/Time/Location of Departure: _____
 - c. Date/Time/Location of Return: _____
 - d. Mode of Transportation: _____ Student Cost: _____
2. SUPERVISION: (Describe the supervision to be provided throughout the trip) _____

3. TRANSPORTATION: (Describe the methods students will be transported) _____

REQUIREMENTS: (Describe any special requirements which are imposed on students who participate, including bringing certain items on the trip i.e. life jacket) _____

4. 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

5. 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.
6. 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: _____

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
PERMISO PARA PARTICIPAR AL PASEO

Escuela: _____ Nombre del Estudiante: _____

Este formulario debe firmarse despues de haber entendido lo siguiente:

1. PASEO O ACTIVIDAD PLANEADA:
 - a. Descripcion del Paseo: _____
 - b. Fecha/Hora/Lugar de Departura: _____
 - c. Fecha/Hora/Lugar de Regreso: _____
 - d. Modo de Transporte: _____ Total del Costo del Estudiante: _____
2. SUPERVISIÓN: _____
3. TRANSPORTACIÓN: _____
4. REQUERIMIENTOS: _____

-
5. EXPECTACIONES E INSTRUCCIONES: Entiendo lo que se espera del estudiante, y les he informado lo siguiente:
 - a. Seguir instrucciones del maestro o instructor.
 - b. No separarse del grupo sin autorización del maestro o instructor.
 - c. Cumplir con todas la leyes y reglas, incluyendo pero no limitado a el uso o pesesion de drogas o alcohol. **LA POSESIÓN Y EL USO DE DROGAS Y ALCOHOL ES ABSOLUTAMENTE PROHIBIDO.**
 - d. No entrar ninguna pertenencia de ningún otro estudiante al menos con el permiso del ocupante(s) y que sean del mismo sexo.
 - e. Seguir todas las reglas de la escuela aunque esten fuera de esta y que se consideren aplicables durante el paseo.
 - f. Comportarse como buen ciudadano, buen decoro, y con cortesia común.
 - g. _____

Si se viola alguna de las reglas ya citadas, la participación del estudiante al paseo puede terminarse inmediatamente, se llamará al padre o guardian a recoger al estudiante, y se seguirá con el procedimiento de disciplina implicada.

6. SEGURO: Yo entiendo que el Centro de Educación de las Escuelas Publicas de Durham talvez no, o no provee ningún seguro, por accidentes ocurridos al estudiante durante el paseo. Entiendo que el estudiante tiene seguro, ya sea por el Centro de Educación de las Escuelas Publicas de Durham del que tengo conocimiento o por segura propio.

7. ACOMODACIONES: Si el estudiante es incapacitado(da) y require acomodaciones especiales, junto con este formulario se le dará información de cuales son éstas.

Doy permiso que el estudiante nombrado arriba de este formulario, participe en el paseo planeado y doy concentimiento a su participación.

En caso de emergencia o algún procedimiento médico o tratamiento durante el paseo sea requerido, doy concentimiento al supervisor o la persona encargada tome decisiones pertinentes al asunto ya sea su discreción. Yo me hare responsable de los costos de los procedimientos medicos o tratamiento.

Al grado posible permitido por la ley, en caso de algun incidente, durante el paseo, causada a mi hijo/hija, no presentaré cargos o ningún daño al Departamento de Ecuación Publica de Durham, miembros individuales, agentes, empleados, o algun representante, como el supervisor del paseo. Ya sea que sean cargos de mi parte, directa o indirectamente de otro padre/guardian, algun familiar, algun otro estudiante alguna firma legal, o corporación por alguna perdida, algun daño, o incidente físico, durante o en conexión con la participación en el paseo o alguna actividad relacionada en proveer procedimientos o tratamientos medicos de emergencia.

Fecha: _____ Padre/Guardián: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono en caso de una emergencia: _____

Escuelas Públicas de Durham
Formulario de Autorización Para Proveer Servicios Médicos
(Maestro debe llevar esta Autorización a la Excursión)

Estudiante: _____ Fecha de la excursión: _____

Por medio de la presente yo autorizo a las Escuelas Publicas de Durham y a sus representantes en el evento que sea necesario para dar servicios médicos de emergencia y tratamientos de rehabilitación ami hijo/a. Yo autorizo tratamientos médicos que incluyen pero no se limitan a cirugías menores, radiografías, administración de medicamentos y/o inyecciones mientras todo sea proveído por personal medico calificado. En caso de que la enfermedad, el accidente o herida sea grave; yo entiendo que el médico hará todo lo posible por comunicarse conmigo lo mas rápidamente posible. Si el medico no puede comunicarse conmigo, y el tratamiento medico es lo mejor para mi hijo/a yo doy autorizacián para que se le de el tratamiento medico adecuado.

Mi hijo/a necesitara el siguiente medicamento durante la excursión:

Mi hijo/a tiene la siguiente enfermedad y debe ser monitoreado/a:

Medico de cabecera y teléfonos para llamar en caso de emergencia:

Medico secundario y teléfonos para llamar en caso de emergencia:

Firma del padre o guardián: _____ Fecha: _____