

## PLACENTIA-YORBA LINDA UNIFIED SCHOOL DISTRICT ATHLETIC PROGRAM

### PARENT PERMISSION, EMERGENCY MEDICAL AND WAIVER OF CLAIMS FOR TRANSPORTATION OF STUDENTS, RELEASE NOT TO FILE A CLAIM

School Year: July 1, 20\_\_\_\_ - June 30, 20\_\_\_\_

To be completed by parent/guardian: School (check one):  El Dorado  Esperanza  Valencia  Yorba Linda

Name: \_\_\_\_\_ has permission to participate in the following field trip, activity or event.  
(Last) (First) (M.I.)

By my signature below, I/we hereby give permission for my son/daughter to participate in and be transported to and from the above-described activity. I/We realize that participation in this activity is voluntary as part of the Placentia-Yorba Linda Unified School District (District) school athletics/auxiliary program. I/We understand that this activity could cause serious illness, and/or injury, and/or death, and I/we assume all risks for any such illness, and/or injury, and/or death.

Field Trip, Activity, or Sports: \_\_\_\_\_

Student's Street Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Father's Work: \_\_\_\_\_ Mother's Work: \_\_\_\_\_

#### TRANSPORTATION INFORMATION

Departure time is when the school bus departs and return time is immediately following scheduled activity. Point of departure and return is from/to your school site. Destination will be at site of scheduled activity.

Method of transportation for above-named student may be by:

- District Bus  Commercial Charter  District Auto Driven by Staff Member\*  
 Private Auto Driven by Staff Member\*  Private Auto Driven by Parent\*  Private Auto Driven by Adult not a Staff Member\*  
 Private Auto, Student Driving Him/Herself Only\* (no other student passengers allowed)

**\* All drivers must complete the attached School Driver Registration Form which will be filed at the school site and at Risk Management. District employee drivers must also file a DMV report with PYLUSD Risk Management.**

#### HEALTH HISTORY AND INSURANCE INFORMATION

Please check all that apply.

<input type="checkbox"/>	My child has <b>NO</b> special needs the staff should be made aware of, and <b>NO</b> medication is required on this field trip, activity, sport.
<input type="checkbox"/>	My child has a special need and/or medication required on this field trip, activity, sport. <b>Note: Attach instructions and location of medication. Number of attached pages: _____</b> <b>It is the responsibility of the parent to notify the school of any changes to their child's medication(s).</b>
<input type="checkbox"/>	Allergies. List: _____
<input type="checkbox"/>	Other: _____

Student's Date of Birth: \_\_\_\_\_ Name of Physician: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
For Religious Accommodation, a copy of the appropriate form must be attached.

Do you have current medical insurance coverage?  Yes  No (If no, please see Myers-Stevens & Toohey Student Accident & Health Insurance Brochure)

Name of Insured (Parent/Guardian): \_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_

Health/Accident Insurance Company: \_\_\_\_\_ Policy Number: \_\_\_\_\_

\* He/She  **MAY**  **MAY NOT (check one)** receive medical attention by a duly licensed physician.

\* He/She  **MAY**  **MAY NOT (check one)** be admitted to a hospital in case of an emergency.

I/we acknowledge that the District does not provide liability insurance and or health benefit insurance/coverage for participation in this activity. If I/we cannot be reached in case of an emergency, please call \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

#### RELEASE NOT TO FILE A CLAIM/AUTHORIZATION TO TREAT A MINOR

For and in consideration of permitting the above named child to participate in the activity described above, I/we the undersigned, for him/herself and personal representatives, assigns, heirs, and next of kin, as well as for any minor for whom this Release and Covenant Not to File a Claim is executed, or that minor's personal representative, assigns, heirs and next of kin, hereby voluntarily RELEASES, WAIVES, DISCHARGES, AND COVENANTS NOT TO FILE A CLAIM against the Placentia-Yorba Linda Unified School District, its agents or employees, or the State of California for any injury, accident, illness or death occurring during or by reason of the activity, or any activities incidental to the field trip or excursion that is the subject of this authorization (Education Code Section 35330). The undersigned hereby acknowledges that he/she has been advised of all rules and safety regulations pertaining to this activity and the use of protective equipment by all participants. I/we understand these safety regulations will be enforced during all games and practices. I/we fully understand that participants are to abide by all rules and regulations governing conduct during this activity.

I/We the undersigned parent, parents, or legal guardian of the above named child, a minor, do hereby authorize and consent to any x-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis rendered under the general or special supervision of any member of the medical staff and emergency room staff licensed under the provisions of the Medicine Practice Act or a dentist licensed under the provisions of the Dental Practice Act and on the staff of any acute general hospital holding a current license to operate a hospital from the State of California Department of Public Health, (only if we have given permission above to receive medical attention and admission to a hospital for a medical emergency). It is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care being required but is given to provide authority and power to render care which the aforementioned physician in the exercise of his best judgment may deem advisable. It is understood that effort shall be made to contact the undersigned prior to rendering treatment to the patient but that any of the above treatment will not be withheld if the undersigned cannot be reached. This authorization is given pursuant to the provisions of Section 25.8 of the Civil Code of California. I/We agree to assume financial responsibilities for injuries sustained by my child.

I/We understand this field trip, activity, or event may be cancelled at any time for security reasons. Such trips are subject to modification or cancellation when the U.S. Dept. of Homeland Security announces either High Condition (Orange) or Severe Condition (Red). In the event of such cancellation by the District, I/we accept any and all financial risks or penalties imposed by any of the vendors providing services for travel, accommodations, or other trip-related services as a result of cancellation.

Parent/Guardian Name(s): \_\_\_\_\_;

Parent/Guardian Signature(s): \_\_\_\_\_;

Student Signature if 18 or Over: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PLACENTIA-YORBA LINDA - PROGRAMA DE ATLETISMO

PERMISO DE LOS PADRES, EMERGENCIA MÉDICA Y DOCUMENTO DE RENUNCIA DE RECLAMO AL TRANSPORTAR ESTUDIANTES,

RATIFICACIÓN DE NO INTERPONER QUEJAS

Año Escolar: Julio 1, 20\_\_\_\_ - Junio 30, 20\_\_\_\_

Completar por el padre el padre o tutor:

Escuela (marque uno):  El Dorado  Esperanza  Valencia  Yorba Linda

NOMBRE: \_\_\_\_\_ tiene permiso para participar en el siguiente paseo, actividad o evento.

(Apellido) (Nombre)

Mediante mi firma, yo/ nosotros confirmo mi permiso para que mi hijo(a) participe y sea transportado de ida y regreso a la mencionada actividad. Estoy de acuerdo en que la participación en esta actividad es voluntaria, y es parte del programa de atletismo/ auxiliar del Distrito Escolar Unificado Placentia-Yorba Linda. Entiendo que esta actividad puede causar una seria enfermedad, y/ o lesión, y/ o muerte, y yo asumo el riesgo por cualquier enfermedad, lesión o muerte.

Locación del Paseo, Actividad o Evento \_\_\_\_\_

Domicilio del Estudiante: Calle \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tel. Hogar: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo Padre: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo Madre: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE SERVICIO DE TRANSPORTE

La hora de partida es cuando sale el autobús escolar, y la hora de regreso es inmediatamente seguida a la actividad planeada. Punto de partida y de regreso es de/ a tu escuela. El destino será en el sitio de la actividad planeada.

La forma de transporte que el estudiante tendrá para la temporada del deporte arriba mencionado, puede ser: \_\_\_ Autobús del Distrito \_\_\_ Camión rentado \_\_\_ Auto del Distrito manejado por personal del Distrito \_\_\_ Auto Privado manejado por personal del Distrito\* \_\_\_ Auto privado manejado por Padre\* \_\_\_ Auto privado manejado por Adulto\* (no un empleado del Distrito) \_\_\_ Auto Privado, Estudiante manejando solo su auto \* (no se permiten más pasajeros)

**\*Todos los conductores deberán completar el Registro de Conductor Escolar adjunto, el cual será llenado en la escuela. Empleados conductores del Distrito deberán llenar también un reporte del DMV con PYLUSD de Administración de Riesgos.**

## HISTORIA DE SALUD E INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO

Favor cheque todo que aplica.

<input type="checkbox"/>	Mi hijo/a <b>no</b> tiene necesidades especiales, el personal debe saber que <b>no</b> necesita medicamento en este paseo, actividad, deporte.
<input type="checkbox"/>	Mi hijo/a tiene necesidades especiales y/ o se requiere medicación en este paseo, actividad, deporte. <b>Nota: Adjunte instrucciones y locación del medicamento. Número de páginas adjuntas: _____</b> <b>Es responsabilidad del padre notificar a la escuela de cualquier cambio en el medicamento de su hijo(a).</b>
<input type="checkbox"/>	Por favor, enliste cualquier alergia(s).
<input type="checkbox"/>	Otro: _____

**Nota: Se deberá adjuntar a este documento un reporte de evaluación física y de pre-participación en deportes.**

Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Para el alojamiento religioso, una copia de la forma apropiada debe ser adjuntada.

¿Tiene cobertura de seguro actual?  Sí  No (Si no, por favor vea Myers-Stevens y Toohey Accidentes de Estudiantes , y Folleto de Seguro Médico)

Nombre del Asegurado (Padre/Tutor): \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro contra Accidentes/ Salud: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

\* EI/Ella \_\_\_ PUEDE \_\_\_ NO PUEDE (marque uno) recibir atención médica apropiada por un médico con licencia.

\* EI/Ella \_\_\_ PUEDE \_\_\_ NO PUEDE (marque uno) ser admitida en un hospital en caso de emergencia.

Yo/ Nosotros reconozco que el Distrito no tiene la responsabilidad de proveer seguro o beneficios de cobertura de salud en la participación de esta actividad.

Si no podemos ser localizados en caso de emergencia favor llamar a: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD/ AUTORIZACIÓN PARA TRATAR A UN MENOR

Para y en consideración al permiso del niño antes mencionado, de participar en la actividad descrita arriba, yo, quien firma, por él/ ella y representantes personales, asigna, heredero, y familiar cercano, así como para cualquier menor por quien esta exoneración y Convenio de NO interponer quejas es expedida, o que el representante personal, asigna, heredero, y familiar cercano, voluntariamente por este medio LIBERA, RENUNCIA, DESLINDA, y ACCEDE A NO RECLAMAR en contra del Distrito Escolar Unificado Placentia-Yorba Linda, a sus agentes o empleados, o al estado de California por cualquier lesión, accidente, enfermedad o muerte ocurrida durante o debido a la actividad, o cualquier actividad incidental al paseo o excursión sujeta a este permiso (Código de Educación Sección 35330). Quien firma, por medio de la presente, reconoce que él /ella ha sido notificado de todas las reglas y regulaciones de seguridad pertinentes a esta actividad y el uso de equipo de protección por parte de todos los participantes. Yo/ Nosotros entendemos que estas reglas de seguridad serán obligatorias durante todos los juegos y prácticas. Yo/ nosotros entendemos completamente que los participantes se apegarán a todas las reglas y regulaciones que rigen la conducta durante esta actividad.

Yo/ Nosotros el padre que firma, padres, o guardián legal del niño arriba mencionado, un menor, por medio de la presente autorizo y doy mi consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico proporcionado bajo la supervisión especial o general de cualquier miembro del personal de emergencia y sala de emergencia con licencia bajo la provisión del Decreto de Práctica Médica o un dentista con licencia bajo la provisión del Decreto de Práctica Dental y sobre el personal de cualquier buen hospital general con licencia vigente para operar, un hospital del Departamento de Salud Pública del Estado de California (solo si se nos ha dado permiso anteriormente para recibir atención médica y la admisión a un hospital en caso de emergencia médica). Se entiende que esta autorización se da previamente a cualquier diagnóstico específico, tratamiento, o cuidado de hospital requerido, y se da para conferir autoridad y poder para proporcionar atención por el médico mencionado en el ejercicio de su mejor juicio para tomar la mejor decisión. Se entiende que se debe hacer un gran esfuerzo por contactar a la persona que firma, antes de proporcionar cualquier tratamiento al paciente pero que cualquiera de los tratamientos mencionados arriba no se detendrán si la persona que firma no puede ser localizada. Esta autorización es brindada de acuerdo con las provisiones de la Sección 25.8 del Código Civil de California. Yo/ Nosotros estamos de acuerdo en asumir las responsabilidades financieras por las lesiones de mi hijo(a).

Yo/ Nosotros entendemos que este paseo, actividad, o evento, puede ser cancelado en cualquier momento por razones de seguridad. Tales paseos están sujetos a cancelación o modificación cuando el Departamento de Seguridad de U.S. anuncia ya sean Condiciones de Riesgo (Naranja), o Condición Severa (Roja). En el evento de alguna cancelación por el Distrito, Yo/ Nosotros aceptamos todos y cada uno de los riesgos financieros o penalidades impuestas por los prestadores de servicios de viajes, estancias, o servicios relacionados con el paseo, como resultado de la cancelación.

Nombre del Padre/ Tutor: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

Firma del Padre/ Tutor: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante si es mayor de 18 años: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_