

Lake Chelan School District Field Trip/Activity Form

Student Name: _____ Grade: _____

Address: _____ City: _____

Guardian: _____ Telephone: _____

*Your son/daughter has chosen to participate in a Lake Chelan School District field trip/activity program. Some field trip/activity programs involve greater risk than others. Accidents can and do happen and there is potential of serious injury. Your student must obey all safety instructions and procedures provided by the advisor.

Your signature indicates that you have been advised of this information and agree to indemnify, hold harmless and defend the Lake Chelan School District, coaches and volunteers for any and all injuries, claims or damages which may arise from participation in activity named below.

I hereby grant permission for my student to participate in _____
for the 20__/20__ school year. (Name of club/field trip/activities)

Date Parent Signature Date Participating Student Signature

Insurance Information: The Lake Chelan School District does not provide accident medical insurance for the participants of clubs/field trips/activities. School Board policy requires participants to have personal medical insurance coverage. The following information must be on file with the school district prior to any student participation in a club/activity program.

_____ is covered by _____, Policy # _____.
(Student's Name) (Name of insurance Company)

Authorization For Emergency Medical Treatment:

As a parent or legal guardian of _____, a minor, I hereby authorize the Lake Chelan School District club/activity advisor or their designee to seek a qualified physician to examine the above named student and in the event of injury, to administer emergency care and to arrange for any consultation by a specialist including a surgeon, he/she deems necessary to insure proper care of any injury. Every effort will be made to contact the parent or guardian to explain the nature of the problem prior to any involved treatment.

I understand the Lake Chelan School District, its employees and its Board assume no liability of any nature in relationship to transportation or treatment of the said minor including but not limited to paramedic transportation, hospitalization, examination, x-ray or treatment.

Family Doctor's Name: _____ Doctor's Telephone Number: _____

Parent/Guardian Home Telephone Number: _____

Parent/Guardian Emergency Telephone Number: _____

Emergency Contact and Telephone Number: _____

Any Medications Currently Being Taken by Student: _____

Any Allergies: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Participant Signature: _____ Date: _____

Date Received by School: _____ School Personnel Receiving Form: _____

Forma para Excursiones del Distrito Escolar de Lake Chelan

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Guardián: _____ Teléfono: _____

*Su hijo / a ha elegido participar en un programa de actividades / excursiones del Distrito Escolar de Lake Chelan. Algunas actividades / excursiones implican mayor riesgo que otros. Los accidentes suelen ocurrir y existe la posibilidad de que ocurran heridas graves. Su estudiante debe obedecer todas las instrucciones y procedimientos de seguridad provistos por el maestro o asesor.

Su firma indica que han sido informados de esta información y acepta indemnizar, mantener inofensivo y defender al Distrito Escolar de Lake Chelan, a los entrenadores y voluntarios por cualquiera herida, reclamo o daños que puedan surgir de la participación en la actividad que está nombrado abajo.

Yo concedo mi permiso para que mi hijo/a participe en _____
para el año escolar 20__/20__. (Nombre de excursión/actividad)

Fecha Firma del Padre o Guardián Fecha Firma del Estudiante/ Participante

Información del Seguro Médico: El Distrito Escolar de Lake Chelan no proporciona seguro médico contra accidentes para los participantes de clubes / excursiones / actividades. La política del Consejo Directivo requiere que los participantes tengan cobertura de seguro médico personal. La siguiente información debe estar archivada en el distrito escolar antes de que cualquier estudiante participe en un club / actividad.

_____ es cubierto por _____, # de Póliza _____.
(Nombre del Estudiante) (Nombre de la compañía de seguros)

Autorización Para Tratamiento Médico De Emergencia:

Como padre o tutor legal de _____, menor de edad, por el presente autorizo al asesor de clubes / actividades del Distrito Escolar de Lake Chelan o su designado a buscar un médico calificado para examinar al estudiante mencionado anteriormente y, en caso de lesión, administrar atención de emergencia y para concertar cualquier consulta por parte de un especialista, incluido un cirujano, o lo que se considere necesario para asegurar el tratamiento adecuado para cualquier lesión. Se hará todo lo posible para contactar al padre o tutor para explicar la naturaleza del problema antes de cualquier tratamiento involucrado.

Yo entiendo que el Distrito Escolar de Lake Chelan, sus empleados y el Consejo Directivo no asumen responsabilidad de ningún tipo de relación con el transporte o el tratamiento de dicho menor, incluidos, entre otros, la transportación con paramédico, la hospitalización, los exámenes, las radiografías o el tratamiento.

Nombre del Médico de la Familia: _____ Número de Teléfono del Médico: _____

Número de Teléfono del hogar de los Padres/Tutores: _____

Número de Teléfono de Emergencia de los Padres/Tutores: _____

Número de Teléfono y Contacto de Emergencia: _____

Cualquier medicamento que esté tomando actualmente el estudiante: _____

Cualquier alergia : _____

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Fecha en que la Escuela lo Recibió: _____ Formulario de Recepción de Personal Escolar: _____