



**LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
REFERENCE GUIDE**

**ATTACHMENT H**

**PARENT'S OR GUARDIAN'S PERMISSION FOR A FIELD TRIP  
AND AUTHORIZATION FOR MEDICAL CARE – TRIP SLIP**

To the Principal of School: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ has my permission to participate in the  
(Student Name: please print)

field trip location: \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_  
Date(s)

Departure time: \_\_\_\_\_ A.M. / P.M. Return time: \_\_\_\_\_ A.M. / P.M.

Supervising Teacher (please print): \_\_\_\_\_

**LUNCH**

\_\_\_ Student will be at school during lunch.

\_\_\_ Student will be off-site during lunch

**PARENT MUST CHECK OPTION BELOW:**

\_\_\_ My child is requesting a lunch from the Cafeteria,  
I will send appropriate payment based on my child's meal  
eligibility (free, reduced, full price)

\_\_\_ My child will bring a sack lunch without liquid.

**METHOD OF TRANSPORTATION**

\_\_\_ Student will ride on School Bus

\_\_\_ Student will ride in Private Vehicle.

\_\_\_ Student is **Walking**.

\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Parent or Guardian Authorization Signature

**(INFORMATION TO BE COMPLETED BY PARENT AND TO BE REMOVED BY SUPERVISING TEACHER)**

**AUTHORIZATION FOR MEDICAL CARE**

I permit the School District to transport/ house/care for my child as necessary if an (non-medical) emergency occurs during the field trip. Should it be necessary for my child to have medical care while participating in this trip, I hereby give the School District personnel permission to use their judgment in obtaining medical care for the child, and I give permission to the health care provider selected by the School District personnel to render medical care deemed necessary and appropriate by the provider. I understand that the District is responsible for the conduct or safety of a student only while the student remains under the constant, direct and immediate supervision of the field trip supervisor(s). I also understand that for field trips where constant, direct and immediate supervision isn't possible, the District requires students to be insured under separate, "Short Term 24-Hour" coverage.

Student Name: \_\_\_\_\_

Home Address: \_\_\_\_\_

Home Telephone Number: \_\_\_\_\_

Business Telephone Number: \_\_\_\_\_

Emergency Telephone Number: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Authorized Signature of Parent or Guardian

\_\_\_\_\_ Parent or Guardian's Name (please print)

PLEASE CHECK HERE IF INSTRUCTIONS FOR SPECIAL MEDICAL TREATMENT FOR THE STUDENT ARE ON FILE IN THE SCHOOL.

**PARENTS, PLEASE NOTE:** Section 35330 of the California Education Code states in part: "All persons making the field trip shall be deemed to have waived all claims against the District or the State of California for injury, accident, illness, or death occurring during or by reason of the field trip or excursion". Accident insurance can be purchased for a minimum daily rate by contacting the school.

To be completed only upon emergency release of student to authorized parent or guardian during the trip. Student released to:  
Parent or Guardian name (please print) \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_



# LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT

## REFERENCE GUIDE

### ATTACHMENT I - Parent Permission Slip and Medical Authorization- Spanish

PERMISO POR PARTE DEL PADRE, LA MADRE, EL TUTOR O LA TUTORA PARA UNA EXCURSIÓN ESCOLAR  
Y AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MÉDICA - CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN DE VIAJE

Al director o directora de la escuela \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ tiene mi permiso para participar en...  
(Nombre y apellido del alumno: con letra de molde por favor)

Lugar de la excursión escolar: \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_

Hora de salida: \_\_\_\_\_ A.M./P.M. Hora de regreso: \_\_\_\_\_ A.M./P.M.

Maestro(a) supervisor(a) (por favor, con letra de molde):

#### ALMUERZO

- El alumno, o la alumna, **estará en la escuela durante el almuerzo.**
- El alumno, o la alumna, **estará fuera del plantel durante el almuerzo.**

#### MÉTODO DE TRANSPORTE

- El alumno, o la alumna, **camina.**
- El alumno, o la alumna irá en **vehículo privado.**
- El alumno, o la alumna irá **en el autobús escolar.**
- Otro medio de transporte \_\_\_\_\_

#### **EL PADRE O LA MADRE DEBE MARCAR UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:**

- Mi hijo(a) solicita un almuerzo de la cafetería.  
Enviaré el pago apropiado con base al derecho de comida de mi hijo(a)  
(gratuito, precio reducido, precio total).
- Mi hijo **traerá un almuerzo en bolsa sin líquido**

\_\_\_\_\_  
Firma de autorización del padre, la madre, el tutor o la tutora

\_\_\_\_\_  
Fecha

-----  
(LA INFORMACIÓN SERÁ LLENADA POR EL PADRE O LA MADRE, Y EL MAESTRO O MAESTRA QUE SUPERVISE LA RECOGERÁ)

#### **AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA**

Doy permiso al Distrito Escolar para transportar /alojar/ cuidar de mi hijo si fuera necesario en caso de una emergencia (no médica) durante la excursión. Si fuera necesario que mi hijo reciba atención médica durante su participación en este viaje, doy permiso al personal del Distrito Escolar para que determine por juicio propio la obtención de atención médica para el niño, y autorizo al médico seleccionado por el personal del Distrito Escolar para que le rinda atención médica si el proveedor lo considerara necesario y apropiado. Entiendo que el Distrito es responsable por la conducta o seguridad de un estudiante sólo mientras el estudiante permanezca bajo la supervisión constante, directa e inmediata del supervisor de la excursión. También, entiendo que en las excursiones donde no fuera posible una supervisión constante, directa e inmediata, el Distrito requiere que los estudiantes estén asegurados bajo una cobertura separada de "Corto Plazo por 24 horas".

Nombre y apellido del alumno: \_\_\_\_\_

Domicilio del hogar: \_\_\_\_\_

Número de teléfono en casa: \_\_\_\_\_

Número de teléfono en el trabajo: \_\_\_\_\_

Número de teléfono para emergencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido del padre, la madre, el tutor o la tutora  
(por favor con letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha:

POR FAVOR MARQUE CON UN X AQUÍ SI LAS INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA ESPECIAL DEL ALUMNO O ALUMNA ESTÁN EN EL EXPEDIENTE DE LA ESCUELA.

**PADRES DE FAMILIA, POR FAVOR NOTEN:** El artículo 35330 del Código de Educación de California declara en parte: "Se considerará que todas las personas que hagan la excursión han renunciado a todos los reclamos en contra del Distrito o el Estado de California por lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurran durante o por razón de la excursión o el viaje escolar." Se puede comprar un seguro de accidente por una cuota diaria mínima a través de la escuela. Esta institución es un entidad que proporciona oportunidades equitativas.

To be completed only upon emergency release of student to authorized parent or guardian during the trip. Student released to:

Parent or Guardian name (please print) \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_





LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
REFERENCE GUIDE

ATTACHMENT J – Parent Permission Slip and Medical Authorization- Korean

부모 또는 보호자의 필드 트립 허락서 및  
의료 조치 위임서 트립 서식서

해당 학교 교장에게 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_은 다음의 체험 행사 참여에 대해 본인의  
(학생 성명 정자로 기입하십시오)

허락을 받았습니다. 장소 \_\_\_\_\_ 날짜(들) \_\_\_\_\_

출발 시간 \_\_\_\_\_ A.M. / P.M. 돌아오는 시간 \_\_\_\_\_ A.M. / P.M.

감독 교사(정자로 기입하십시오): \_\_\_\_\_

점심

- \_\_\_ 학생은 점심 시간 동안 학교에 있을 것이다
- \_\_\_ 학생은 점심 시간 동안 현장 외부에 있을 것이다

부모는 반드시 다음 중 한 곳에 표시해야 합니다

- \_\_\_ 자녀가 학교 식당에서 점심 급식 받을 것을 요청하며, 본인은 자녀의 급식 자격을 토대로 적절한 비용을 학교로 보낼 것입니다(무료, 할인, 정식 가격)

교통 수단

- \_\_\_ 학생은 학교 버스에 탑승할 것이다
- \_\_\_ 학생은 개인 차량에 탑승할 것이다
- \_\_\_ 학생은 도보로 갈 것이다
- \_\_\_ 기타 \_\_\_\_\_

\_\_\_ 자녀는 액체 음료가 없는 도시락을 가지고 갈 것입니다 \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_  
부모 또는 보호자 위임 서명

(부모가 작성할 정보 그리고 감독 교사에게 의해 제거될 정보)

의료 조치에 대한 허락서

본인은 이번 체험 행사 동안(바. 의료) 긴급 상황이 발생한 경우, 자녀를 필요한 경우 교육구가 운송 소재 조치할 수 있도록 허락합니다. 이번 트립을 참여하는 동안, 자녀에게 의료 조치가 필요한 경우, 본인은 이로서 교육구 직원에게 그의 판단력을 토대로 해당 자녀에게 의료 조치를 취할 수 있도록 허락하며, 그리고 본인은 교육구 직원에 의해 선정된 의료 케어 제공자가 필요하고 적합하다고 간주되는 의료 케어를 수행하도록 허락합니다. 교육구는 해당 학생이 체험 행사 감독관(들)의 지속적인 직접 그리고 즉각적인 감독 하에 있었을 동안에만 한하여 해당 학생의 행위나 안전에 대해 책임이 있음을 이해합니다. 더불어 이번 체험 행사 동안 지속적인 직접 그리고 즉각적인 감독이 불가능한 경우, 교육구는 별개의 "24-시간 단기 기간" 보험 하에 학생에게 보험을 요구한다는 점을 본인은 이해합니다.

학생 성명: \_\_\_\_\_

집 주소: \_\_\_\_\_

집 전화번호: \_\_\_\_\_

직장 전화번호: \_\_\_\_\_

긴급 상황 전화번호: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_  
부모 또는 보호자의 위임 서명

\_\_\_\_\_ 부모 또는 보호자 서명(정자로 기입하십시오)

해당 학생의 특수 의료 조치에 대한 서명서가 학교에 비치되어 있다면 이곳에 표시하십시오

**학부모에 다음을 알립니다:** 캘리포니아 교육법 제 35330항 일부: "체험 활동(field trip)을 하는 모든 사람은 해당 체험 활동 또는 탐험 기간 동안 또는 관련 사유로 발생한 부상, 사고, 질병 또는 사망에 대해 교육구나 캘리포니아 교육부를 상대로 한 모든 청구를 기권하는 것으로 간주한다". 사고 보험은 학교에 연락하여 최소 일일 보험비로 구매할 수 있다.

To be completed only upon emergency release of student to authorized parent or guardian during the trip. Student released to:

Parent or Guardian name (please print) \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_



**LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
REFERENCE GUIDE**

**ATTACHMENT K- Parent Permission Slip and Medical Authorization- Armenian  
ՄԱՆՈՂԻ ԿԱՍ ԽԱՍՄԱԿԱԼԻ ԿՈՂՄԻՑ ՈՒՂԵՎՈՐՈՒԹՅԱՆ ԹՈՒՅԼԱՏՐՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ  
ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԼԻԱԶՈՐՄԱՆ ԿՏՐՈՆ**

Դպրոցի տնօրենին՝ ես թույլատրություն եմ տրամադրել \_\_\_\_\_

մասնակցել ուղևորությանը դեպի \_\_\_\_\_

(Աշակերտի անունը՝ տպատառերով)

վայրը՝ \_\_\_\_\_ ամսաթիվ՝ \_\_\_\_\_

Մեկնման ժամ՝ \_\_\_\_\_ Վերադարձի ժամ՝ \_\_\_\_\_

Ուղեկցող ուսուցիչ (տպատառերով)՝ \_\_\_\_\_

**ԼԱՆՉ**

**ՏԵՂԱՓՈԽՄԱՆ ԵՂԱՆԱԿ**

\_\_\_ Աշակերտը լանչի ժամին կգտնվի դպրոցում:

\_\_\_ Աշակերտը կփոխադրվի դպրոցի ավտոբուսով

\_\_\_ Աշակերտը լանչի ժամին դպրոցում չի լինի:

\_\_\_ Աշակերտը կփոխադրվի մասնավոր մեքենայով

\_\_\_ Աշակերտը քայլելու է

\_\_\_ Այլ \_\_\_\_\_

**ՄԱՆՈՂԻ ՊԵՏԷ Է ԼՐԱՏՐԻ ՄՏՈՐԵՎ ՏԱՐԲԵՐԱԿՆԵՐԻՑ**

\_\_\_ Իմ երեխան ճաշարանից կվերցնի լանչը, ես կուղարկեմ համապատասխան վճարը՝ ելնելով սննդի համար երեխային հատկացված արտոնություններից (անվճար, նվազեցված գին, ամբողջական գին)

\_\_\_ Իմ երեխան իր հետ կբերի հեղուկ չափարունակող լանչի փաթեթ

Ամսաթիվ՝ \_\_\_\_\_

Օնոդի կամ խնամակալի ստորագրություն

**(ԱՅՍ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ ՊԵՏԷ Է ԼՐԱՏՎԻ ՄԱՆՈՂԻ ԿՈՂՄԻՑ ԵՎ ԱՌԱՋՆԱՅՎԻ ՈՒՂԵՎՅՈՂ ՈՒՍՈՒՑՉԻ ԿՈՂՄԻՑ)**

**ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԼԻԱԶՈՐՈՒՄ**

Ես թույլատրում եմ դպրոցական վարչությանը ըստ անհրաժեշտության տեղափոխել/տեղափոխել/հոգ տանել իմ երեխայի մասին, եթե ուղևորության ընթացքում որևէ արտակարգ (թժշկական միջամտություն չպահանջող) պատահար տեղի ունենա: Եթե ուղևորությանը մասնակցելիս իմ երեխան բուժօգնության կարիք ունենա, ես թույլատրում եմ դպրոցական վարչության աշխատակազմին իրենց հայեցողությամբ բուժօգնություն ապահովել երեխային համար, իսկ դպրոցական վարչության աշխատակազմի կողմից ընտրված բուժօգնության ծառայությանը թույլատրում եմ բուժօգնությունն ապահովել այնպես, ինչպես որ ծառայություն մատուցողը անհրաժեշտ և տեղին կգտնի: Ես հասկանում եմ, որ վարչությունը պատասխանատու է աշակերտի վարքի և անվտանգության համար միայն այն ժամանակ, երբ աշակերտը ուղեկցորդի/ներքին մշտական, ուղղակի և անմիջական վերահսկողության տակ է: Ես հասկանում եմ նաև, որ այն ուղևորությունների դեպքում, երբ մշտական, ուղղակի և անմիջական վերահսկողությունն անհնար է, վարչությունը պահանջում է աշակերտներին ապահովագրել առանձին՝ «Կարճաժամկետ 24 ժամ» փաթեթով:

Աշակերտի անուն՝ \_\_\_\_\_

Տան հասցե՝ \_\_\_\_\_

Տան հեռախոսահամար՝ \_\_\_\_\_

Աշխատանքային հեռախոսահամար՝ \_\_\_\_\_

Արտակարգ իրավիճ. հեռախոսահամար՝ \_\_\_\_\_

Ամսաթիվ՝ \_\_\_\_\_

Օնոդի կամ խնամակալի ստորագրություն

Օնոդի կամ խնամակալի անուն (տպատառերով)

ԽՆՂՈՒՄ ԵՆՔ ԼՇՈՒՄ ԿԱՏԱՐԵԼ ԱՅՍԵՂ, ԵԹԵ ԴՊՐՈՑԻ ԹԴԹԱՊԱՆԱԿՈՒՄ ԿԱՆ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ ԲԺՇԿԱԿԱՆ շԱՏՈՒԿ ԽԱՍՄՔԻ ՎԵՐԱԲԵՐՑԱԼ:

ՄԱՆՈՂՆԵՐ, ՈՒՇԱՐՈՒԹՅՈՒՆ: Կալիֆորնիայի Կրթական օրենսգրքի 35330 բաժնում մասնավորապես նշված է. «Բոլոր այն անձինք, ովքեր ուղևորության են մեկնում, պետք է հրաժարվեն Կալիֆորնիա նահանգի կամ շրջանի հանդեպ բոլոր պահանջներից, որոնք վերաբերում են ուղևորության կամ էքսկուրսիայի ժամանակ կամ դրանց հետևանքով առաջացած վնասվածքին, դժբախտ պատահարին, հիվանդությանը կամ մահվանը: Կապվեք դպրոցի հետ՝ դժբախտ պատահարների դեպքերից ապահովագրությունը նվազագույն օրավարձով գնելու համար:

To be completed only upon emergency release of student to authorized parent or guardian during the trip. Student released to:  
Parent or Guardian name (please print) \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_