

**Carrollton-Farmers Branch ISD
Permission, Waiver and Release Form
Field Trip**

Carrollton Farmers Branch ISD is proud to offer the opportunity for our students to participate in the field trip on the 7th **Grade IDS/LEAP Academy/ IB Programme/Early College Tour**(“Field Trip”).

Destinations: Creekview HS, Newman Smith HS, R.L. Turner HS, Ranchview HS, Early College HS(Brookhaven College)

Date and Time: Thursday, October 26th 8:00 am to 2:20 pm

Participation in this Field Trip is voluntary, and we ask that you read and sign this form as a condition of participation.

I, as _____ (parent/guardian) of _____, desire that my _____ (child or ward) participate in the Field Trip and grant permission for my _____ (child or ward) to participate in and attend. This participation includes travel to and from the Field Trip activity.

Student Code of Conduct and Student Handbook

I acknowledge that I have received a copy of, and that I have made my child/ward adequately aware of, the Carrollton-Farmers Branch ISD=s Student Code of Conduct and the _____ Student Handbook **[enter the appropriate student handbook]**. I understand, and have made my child/ward aware, that the Field Trip and the events, activities and experiences related to it are school-related functions, and that all the rules and regulations from the Student Code of Conduct and the Student Handbook apply. I understand and agree that if my child/ward violates these rules and regulations, I may be required to pick-up my child/ward early from the Field Trip location.

Transportation

I understand and recognize that transportation of my child/ward will be provided by either vehicles owned and operated, or vehicles not owned or operated, by the Carrollton-Farmers Branch ISD. I hereby release and discharge the Carrollton-Farmers Branch, its employees, officers, agents and assigns from all claims, which I may have or claim to have against the Carrollton-Farmers Branch ISD, its employees, officers, agents and assigns for all personal injuries, known or unknown, and from all known or unknown injuries to property, caused by or arising out of, the above-described transportation.

Permission and Release

I agree to assume any and all liability stemming from my child/ward’s participation on this Field Trip. I further agree to hold the Carrollton-Farmers Branch ISD, its Trustees, employees, and agents harmless from all claims or actions which I or my child have, or may have in the future, including any liability for injuries or damages which occur to my child or me as a result of his or her participation in this Field Trip. I agree to indemnify and hold harmless the Carrollton-Farmers Branch ISD, its Trustees, employees, and agents from all claims made by third parties against it or them on behalf of my child/ward or which may result from my child’s action on the trip.

Consent to Medical Treatment

Consent to Medical Treatment

I hereby authorize the sponsors for this event, on behalf of Carrollton-Farmers Branch ISD, in the case of a medical emergency during the event, to consent to medical treatment of my child or ward, _____ (name of child).

Consent to Administration of Medications

I hereby request the sponsors for this event to administer to my child the medications listed on this form. I recognize that the school does not thereby undertake any ongoing duty to administer drugs or medicine, or to supervise or participate in any self-medication, all of which remain my responsibility. I understand that the school

Student Last Name, First Name _____
Student Date of Birth (month,/day,/year) _____
Name of Health Insurance Company _____
Insurance Company Subscriber ID Number _____
Insurance Company Phone Number _____

is not legally obligated to store or administer medication for students and will not do so, either on a temporary or ongoing basis, except by special agreement. Before any medication is given by the school, I will provide those medications in their original pharmacy containers, with the child's name and doctor's instructions on the label, and I will provide a written, signed authorization from a physician, including complete instructions.

My child/ward is allergic to:

My child/ward has the following special medical conditions:

My child/ward takes the following prescription medications:

The following individuals may be contacted at the numbers below if I am not available in case of an emergency:

Name (*please print*)

Phone number

Name (*please print*)

Phone number

Signature

I have read this Permission, Waiver and Release Form and understand all of its terms and conditions. I execute this Permission, Waiver and Release Form voluntarily and with full knowledge of its significance.

Signature of Parent/Guardian

Date

Daytime Phone#

Student Signature (*required if Student is 18 or older*)

Date

Carrollton-Farmers Branch ISD
Permiso y Descargo de Responsabilidad
Excursión

Carrollton Farmers Branch ISD está orgulloso de ofrecerles a los estudiantes la oportunidad de participar en _____ *[describe event, trip, or activity including the group, destination, and date of departure]*. La participación en esta excursión es voluntaria. Les suplicamos que lean y firmen este permiso como condición de participación en dicha actividad.

Yo, en calidad de _____ *(padre/tutor)* de _____, deseo que mi _____ *(hijo o pupilo)* participe en la excursión, y otorgo mi permiso para que _____ *(mi hijo o pupilo)* participe y asista. Esta participación incluye viaje de ida y vuelta a la actividad.

Código de Conducta y Manual Estudiantil

Confirmando haber recibido copias del Código de Conducta Estudiantil y del Manual Estudiantil de Carrollton-Farmers Branch ISD, y afirmo que he puesto al tanto a mi hijo/pupilo de dichos documentos. Comprendo, y he puesto a mi hijo/pupilo al tanto de que la excursión y los eventos, las actividades y las experiencias relacionadas a dicha excursión son funciones relacionadas con la escuela y que todas las reglas y los reglamentos del Código de Conducta y del Manual Estudiantil quedan vigentes. Comprendo y accedo a que, en caso de que mi hijo/pupilo viole dichas reglas y reglamentos, me podrían pedir que recoja a mi hijo/pupilo temprano de la ubicación de la excursión.

Transportación

Comprendo y reconozco que la transportación de mi hijo/pupilo se podrá efectuar en vehículos que pueden o no ser propiedad del distrito, y/u operados por Carrollton-Farmers Branch ISD. Aquí mismo libero y descargo a Carrollton-Farmers Branch, a sus empleados, oficiales, agentes y personas asignadas de toda reclamación que yo pudiera tener, o que pretenda tener en contra de Carrollton-Farmers Branch ISD, de sus empleados, oficiales, agentes y personas asignadas, a causa de cualquier daño personal, conocido o desconocido, y a causa de todo daño a la propiedad, conocido o desconocido, causado por, o que surja de, la transportación arriba descrita.

Permiso y Descargo

Accedo a asumir toda responsabilidad de y por la participación de mi hijo/pupilo en esta excursión. Asimismo, accedo a considerar a Carrollton-Farmers Branch ISD, a sus fideicomisarios, empleados y agentes libres de todo reclamo o acción que yo o que mi hijo pudiéramos tener ahora y en el futuro, incluyendo toda responsabilidad por daños o lesiones que pudieran ocurrirle a mi hijo o a mi como resultado de su participación en esta excursión. Accedo a indemnizar y a liberar a Carrollton-Farmers Branch ISD, a sus fideicomisos, empleados y agentes de toda reclamación hecha por terceras partes en contra de ellos, a nombre de mi hijo/pupilo, o que pudiera resultar de la acción o de los actos de mi hijo durante la excursión.

Permiso para Tratamiento Médico

Permiso para tratamiento médico

Yo autorizo a los patrocinadores de este evento, en nombre del Distrito Escolar Independiente de Carrollton-Farmers Branch, en caso de una emergencia médica durante este evento, a que accedan a tratamiento médico para mi hijo/a o pupilo, _____ *(nombre de menor)*.

Permiso para dar medicamentos

Solicito que los patrocinadores de este evento den a mi hijo/a los medicamentos mencionados en este formulario. Reconozco que la escuela no toma por esto un deber en curso de dar drogas o medicina,

Apellido, nombre de estudiante _____
Fecha de nac. (mes,/día,/año) _____
Nombre de seguro médico _____
Num. de ident. de seguro médico _____
Num. de tel. de seguro médico _____

o de supervisar o participar en que mi estudiante se auto-medique, todo lo cual seguirá siendo mi responsabilidad. Comprendo que la escuela no está legalmente obligada a almacenar o a dar medicina a estudiantes, y no lo hará, ni de forma temporal o en curso, a menos que haya un acuerdo especial. Antes que la escuela dé medicamento, Yo les proporcionaré dicho medicamento en su envase de farmacia original, con etiqueta con el nombre del/a menor y las indicaciones del médico en dicha etiqueta, y asimismo les daré un formulario de autorización por escrito y firmado por un médico, y que incluirá instrucciones.

Mi hijo/ pupilo es alérgico a:

Mi hijo/ pupilo sufre de las siguientes condiciones médicas especiales:

Mi hijo/ pupilo toma la siguiente medicina de receta:

En caso de no poderse comunicar conmigo si hay una emergencia, podrán llamar a los siguientes individuos:

Nombre (*letra de molde*)

Número de teléfono

Nombre (*letra de molde*)

Número de teléfono

Firma

He leído este **Permiso y Descargo de Responsabilidad** y comprendo todos los términos y las condiciones. Ejecuto este **Permiso y Descargo de Responsabilidad** voluntariamente y con pleno conocimiento de su significado.

Firma de padre/tutor

Fecha

Tel de día

Firma de estudiante (*si el estudiante es mayor de 18 años*)

Fecha