

LA Promise Fund/RWWNA Field Trip Authorization Form

1. FIELD TRIP DETAILS

LOCATION - Los Angeles State Historic Park 1245 N Spring St, Los Angeles, CA 90012	DATE 10/15/2022
---	---------------------------

DEPARTURE TIME: 11:00 am	RETURN TIME: 2:00pm	METHOD OF TRANSPORTATION: Public Transit or Private Vehicle
------------------------------------	-------------------------------	---

2. STUDENT INFORMATION (Please Type or Print Clearly)

STUDENT NAME (Last, First, Middle Initial)	DATE OF BIRTH
--	---------------

Does your child have any physical/mental limitations we should know about? Brief Description: YES NO

Does your child have any food allergies we should know about? Brief Description: YES NO

HOME ADDRESS (Street Address, City, State, Zip Code)

CELL PHONE	HOME PHONE	WORK PHONE
------------	------------	------------

B. PARENT/GUARDIAN NAME (Last, First, Middle Initial)	RELATIONSHIP
---	--------------

HOME ADDRESS (Street Address, City, State, Zip Code)

CELL PHONE	HOME PHONE	WORK PHONE
------------	------------	------------

4. EMERGENCY CONTACT

NAME (Last, First, Middle Initial)	RELATIONSHIP
------------------------------------	--------------

CELL PHONE	HOME PHONE	WORK PHONE
------------	------------	------------

EMERGENCIES & RELEASE OF LIABILITY

In the case of emergency, LA Promise Fund/BCS will make every effort to contact the guardians of the child involved before any treatment is begun. However, in the event we are unable to make contact with the parents or guardians, we require that the parent or guardian sign this medical release in order for their child to participate in programs.

I HEREBY AUTHORIZE THE PHYSICIAN OR HOSPITAL SELECTED BY LA PROMISE FUND TO HOSPITALIZE, SECURE TREATMENT FOR, AND TO ORDER INJECTION, ANESTHESIA, OR SURGERY FOR MY CHILD. It is further understood that the undersigned will assume full responsibility for any such treatment, including the payment of all costs and will hold **LA Promise Fund**, its representatives and directors, counselors and staff, harmless. I hereby agree to hold harmless **LA Promise Fund**, directors and administration of any liability related to any and all **LA Promise Fund** activities and programs. I hereby acknowledge the existence of the implied risk associated with all programs for children and the area where such activities and programs take place.

Assumption of Risk for COVID-19: I understand that my child's participation in this activity is voluntary and is not required. You may always choose to have your student not participate in the Trip. However, agreement to this waiver is required for participation in such voluntary Trip with the School, and is required by law pursuant to California Education Code §35330(d). Section 35330(d) states, "All persons making the field trip or excursion shall be deemed to have waived all claims against the district, a charter school, or the State of California for injury, accident, illness, or death occurring during or by reason of the field trip or excursion. All adults taking out-of-state field trips or excursions and all parents or guardians of pupils taking out-of-state field trips or excursions shall sign a statement waiving all claims." By signing below, I acknowledge that I have carefully read the above; understand the risks of COVID-19 associated with entering school premises or facilities, attending school in-person, participating in school activities in person, and/or participating in this Activity. I voluntarily assume such risks, including the risk of serious illness, debilitating injury, or death to my child and myself. By signing below, I further acknowledge that I understand that the risk of exposure to, contracting, or spreading COVID-19 may result from the acts, omissions, or negligence of myself and others, including but not limited to the school employees, agents, representatives, volunteers; other students, program participants, and their families; and/or other individuals who may be present in school facilities or in attendance at any school activity. I knowingly assume such risks, including the risk of serious illness, debilitating injury, or death to my child and myself.

I HAVE READ AND UNDERSTOOD ALL THE INFORMATION INCLUDED IN THIS CONTRACT, AND BY SIGNING, I AGREE TO ADHERE TO THE TERMS OF THIS CONTRACT. IT IS FURTHER UNDERSTOOD THAT POLICIES AND TERMS OF THIS CONTRACT MAY BE CHANGED AND AMENDED, AND, THAT I SHALL BE INFORMED IN WRITING OF SUCH CHANGES WITH A 30 DAY NOTICE. I HAVE MADE MYSELF A COPY OF THIS CONTRACT.

_____	_____	_____
Parent/Guardian Signature	Parent/Guardian Printed Name	Date

LA Promise Fund/RWWNA Formulario de Autorización Para Excursiones**1. DETALLES DEL PASEO**LUGAR -Los Angeles State Historic Park
1245 N Spring St, Los Angeles, CA 90012FECHA
10/15/2022HORA DE SALIDA:
11:00amHORA DE REGRESO:
2:00pm

MÉTODO DE TRANSPORTE: Private Vehcile Or Public Transit

2. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (Escriba en letra de molde)

Nombre del Estudiante (Apellido, Nombre)

FECHA DE NACIMIENTO

¿Tiene su hijo/a alguna alergia a alimentos que deberíamos saber? Breve descripción:

SÍ NO

DOMICILIO

TELÉFONO CELULAR

TELEFONO DE CASA

TELÉFONO DE TRABAJO

B. NOMBRE DEL PADRE/GUARDIÁN (Apellido, Nombre)

RELACIÓN

DOMICILIO

TELÉFONO CELULAR

TELÉFONO
DE CASATELÉFONO DE
TRABAJO**4. CONTACTO DE EMERGENCIA**

NOMBRE (Apellido, Nombre)

RELACIÓN

TELÉFONO CELULAR

TELÉFONO
DE CASATELÉFONO DE
TRABAJO**EMERGENCIAS Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

En el caso de una emergencia LA Promise Fund/RWWNA hará todo esfuerzo de contactar a los guardianes del niño implicado antes de que cualquier tratamiento sea administrado. Sin embargo, en caso de que nosotros no podamos contactar a los padres o guardianes, nosotros requerimos que el padre o el guardián firme esta liberación médica para que su hijo/a pueda participar en el programa.

YO LE AUTORIZO AL MÉDICO O HOSPITAL ELEGIDO POR LA'S PROMISE A HOSPITALIZAR, ASEGURAR TRATAMIENTO, ORDENAR INYECCIONES, ANESTESIA O CIRUGÍA PARA MI HIJO/A.

Adicionalmente, está entendido que el abajo firmante asumirá responsabilidad absoluta de cualquier tratamiento, inclusive el pago de todos costos y que mantendrá a LA Promise Fund/RWWNA, sus representantes y los directores, los consejeros y otros proveedores, libre de cualquier daño.

Yo por lo presente concuerdo en tener inoocus a los empleados, los directores y la administración de LA Promise Fund/RWWNA de cualquier obligación relacionada a cualquier y todas las actividades de LA Promise/RWWNA. Yo por lo presente reconozco la existencia del riesgo implicado y asociado con todos los programas para niños y con el área donde tales actividades y programas suceden.

Asumiendo el riesgo de COVID-19: Entiendo que la participación de mi hijo en esta actividad es voluntaria y no es obligatoria. Siempre puede optar por que su estudiante no participe en el Viaje. Sin embargo, se requiere estar de acuerdo con esta exención para participar en dicho Viaje voluntario con la escuela, y es requerido por ley de conformidad con el Código de Educación de California §35330 (d). La Sección 35330 (d) establece: "Se considerará que todas las personas que realizan la excursión o excursión han renunciado a todas las reclamaciones contra el distrito, una escuela autónoma o el Estado de California por lesiones, accidentes, enfermedades o muertes ocurridas durante o por motivo de la excursión o excursión. Todos los adultos que realicen viajes de campo o excursiones fuera del estado y todos los padres o tutores de los alumnos que realicen viajes de campo o excursiones fuera del estado deberán firmar una declaración renunciando a todos los reclamos ". Al firmar a continuación, reconozco que he leído detenidamente lo anterior; comprender los riesgos de COVID-19 asociados con ingresar a las instalaciones o instalaciones de la escuela, asistir a la escuela en persona, participar en actividades escolares en persona y / o participar en esta Actividad. Asumo voluntariamente tales riesgos, incluido el riesgo de enfermedad grave, lesión debilitante o muerte para mi hijo y para mí. Al firmar a continuación, reconozco además que entiendo que el riesgo de exposición, contracción o propagación de COVID-19 puede resultar de los actos, omisiones o negligencia de mí y de otros, incluidos, entre otros, los empleados, agentes, representantes, voluntarios; otros estudiantes, participantes del programa y sus familias; y / u otras personas que puedan estar presentes en las instalaciones escolares o asistiendo a cualquier actividad escolar. A sabiendas, asumo tales riesgos, incluido el riesgo de enfermedad grave, lesión debilitante o muerte para mi hijo y para mí.

HE LEÍDO Y ENTIENDO TODA LA INFORMACIÓN INCLUIDA EN ESTE CONTRATO Y AL FIRMAR YO CONCUERDO EN ADHERIR A LOS TÉRMINOS DE ESTE CONTRATO. ADEMÁS SE ENTIENDE QUE LAS POLÍTICAS Y LOS TÉRMINOS DE ESTE CONTRATO PODRÁN SER CAMBIADOS Y ENMENDADOS, Y QUE SERÉ INFORMADO DE TALES CAMBIOS POR ESCRITO 30 DÍAS ANTES DE TALES CAMBIOS. HE RECIBIDO UNA COPIA DE ESTE CONTRATO.

Padre/Guardián Firma

Nombre de Padre/Guardián

Fecha