



SWEETWATER UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

PARENT PERMISSION FOR STUDENT PARTICIPATION IN OFF-CAMPUS SCHOOL-SPONSORED EVENTS

Name: _____, has my permission to attend _____

Adelante Mujer Conference which will take place at UC San Diego, 9500 Gilman Dr. La Jolla Ca
(activity/Event)

Date of event: Saturday, March 16, 2019 Depart time: _____ Return time: _____

Class or group attending _____ Teacher/leader _____

Method of transportation _____ If traveling by automobile,
Name of driver/Drivers _____
License # _____ D.L. # _____

- 1. I understand that all students going on this trip will be responsible in for their conduct to the bus driver, to teachers or adult sponsors. It is further understood that students will go and return from the event on the transportation provided and that every reasonable caution will be maintained on the trip.
- 2. I hereby acknowledge that I have been advised that the activities involved in this excursion/field trip or event are _____ are not considered by the district to be of "high risk" to the participants.

Education Code §35330(d) provides as follows:

"All persons making the field trip or excursion 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. 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 such claims."

In accordance with this statute, and in consideration of my son/daughter's participation in said field trip or excursion, I hereby release the Sweetwater Union High School District, its officers, employees and agents from and waive all claims for injury, accident, illness, death or property damage occurring during or by reason of said field trip or excursion, **and arising from any cause whatsoever, including illegal acts of third parties, terrorism, or act of war,** except for any claims based upon the fraud, willful injury to a person, property, or violation of law by the District, its officers, employees and agents, and further agree to indemnify and hold harmless the District, its officers, employees and agents from any claims and actions for damage or injury which any person may assert by reason of my son/daughter's conduct while participating in said field trip or excursion.

In the event of any illness or injury to my son/daughter, I hereby consent to whatever x-ray, examination, anesthetic, medical, dental or surgical diagnosis or treatment and hospital care from a licensed physician and/or surgeon as deemed necessary for my son/daughter's safety and welfare. I agree that the resulting expenses will be my responsibility.

Signature of Parent(s)/Guardian(s)/Caregiver(s)

- -
Cellular telephone# to contact
Parent or Guardian during event

Date

Health Insurance Company

Policy Number



SWEETWATER UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA PARTICIPACIÓN DEL ALUMNO(A) EN EVENTOS FUERA DE LA ESCUELA PATROCINADOS POR LA ESCUELA

Nombre: _____ cuenta con mi permiso para asistir o participar en

Conferencia de Adelante Mujer _____ que se llevará a cabo en UC San Diego, 9500 Gilman Dr. La Jolla, Ca _____ (evento o actividad)

Fecha del evento: sábado, 16 de marzo del 2019 Hora de salida: _____ Hora de regreso: _____

Clase o grupo que asistirá: _____ Maestro o encargado: _____

Si viaja por automóvil, Nombre del chofer(es) y número de licencia: _____

Método de transporte: _____

- 1. Entiendo que todos los alumnos que van en este viaje, responderán por su conducta al chófer del autobús, maestro o patrocinadores. Además, entiendo que los alumnos irán al evento y regresarán del mismo en el transporte proporcionado, y que durante el viaje, se tomarán todas las precauciones necesarias.
2. Por medio de la presente reconozco que se me ha informado que las actividades relacionadas con dicha excursión/paseo o evento son _____ no son consideradas _____ de "alto riesgo" por el distrito para el alumno y personas que participan.

Artículo 353330 del Código de Educación establece lo siguiente:

"Toda persona que participa en el paseo o la excursión renuncia al derecho de denuncia contra el distrito o el Estado de California por lesiones, accidentes, enfermedad, o muerte ocurrida durante o a raíz de dicho paseo o excursión. Todo adulto que participe en viajes, paseos o excursiones fuera del estado, y todos los padres o tutores de alumnos que participan en viajes, paseos o excursiones fuera del estado, firmarán una declaración de renuncia al derecho de demanda."

De acuerdo con el estatuto estipulado anteriormente, y en consideración de la participación de mi hijo (a) en dicho paseo o excursión, por medio de la presente exoneraré al distrito Sweetwater Union High School District, sus funcionarios, empleados y agentes de toda demanda por lesiones, accidentes, enfermedades, muerte, o daños a propiedad ocurridos durante o por motivo de dicho paseo o excursión, y que surjan de cualquier causa, incluidos actos ilegales de terceros, terrorismo o actos de guerra, con excepción de cualquier reclamo basado en el fraude, daño intencional a la persona o a la propiedad, o infracciones de la ley por parte del Distrito, sus funcionarios, empleados y agentes, y además acuerdan indemnizar y exonerar de responsabilidad al Distrito, sus funcionarios, empleados y agentes de cualquier reclamo y acción por daños o lesiones que cualquier persona pueda constatar por motivo de la conducta de mi hijo (a) mientras participaba en dicho paseo o excursión.

En el caso de enfermedad o lesión de mi hijo (a), autorizo cualquier radiografía, examen, anestesia, diagnóstico médico, dental, o tratamiento quirúrgico y atención médica de un médico y/o cirujano autorizado según se considere necesario para la seguridad y el bienestar de mi hijo (a). Estoy de acuerdo en que los gastos generados serán mi responsabilidad.

Firma del padre o tutor o encargado del menor _____ Núm. del tel. móvil para comunicarse con el padre o tutor que asistirá al evento _____ Fecha _____

Compañía de Seguro Médico _____ Número de la póliza _____