



MERIDIAN

CHARTER SCHOOLS

FIELD TRIP WAIVER FORM

Dear Parent/Guardian of _____,

Your student has the opportunity to attend a field trip to enhance his/her learning. Specific information about the trip is as follows:

Course related to trip:	Girls Volleyball
Date of trip:	August 10-October 31
Time of trip:	Varies
Location of trip:	NT and other locations
Purpose of trip:	Interscholastic Volleyball practices and games
Cost of trip:	\$50 sports fee - if selected for the team
Transportation information:	Busses/vans to away games

In order for your student to participate, you must provide ALL of the information requested and sign this waiver of liability.

Waiver due date & where to submit:	August 10 - Coach
Eligibility/Privilege deadline:	weekly

I, _____, hereby give my permission for _____
(Parent Name) (Student Name)

to attend the field trip referenced above. I acknowledge that this trip is in furtherance of the school mission and students are to engage in this opportunity from that perspective. I acknowledge that students are required to follow the code of conduct at all times while on this trip. Unacceptable behavior will result in disciplinary consequences.

I am granting permission for my student to attend the trip. In doing so, I waive and release any and all rights and claims for damages against the organizers, their associates, and representatives associated with this field trip for any and all injuries suffered by the student while participating during this trip.

Parent Signature

Date

Phone number

MEDICAL INFORMATION FORM

Required medical information for the student attending the trip:

Student Name:	
Home Address:	
Parent/Guardian Phone Number:	
Emergency Name and Phone Number: (if Parent/Guardian is unavailable)	
Student allergies:	
Student medications:	
Other medical conditions:	

In the event that the school representative/field trip chaperone is unable to reach me during a medical emergency, injury, or other unforeseen health-related episode pertaining to my child, then please perform any and all medical treatment required or requested that you, in your professional judgment or under the direction of a medical professional, deem necessary under the presenting circumstances. In the event that my child is unable to communicate his/her needs, and you are unable to contact us, the physician in attendance should exercise his/her professional judgment regarding the treatment of my child. I hereby consent in advance to such treatment and agree to hold you harmless from any action or claim based on lack of parental consent or results of actions taken that may arise in connection with such treatment.

Parent Name

Date

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE EXCURSIÓN

Estimado padre/tutor de _____,

Su estudiante tiene la oportunidad de asistir a una excursión para mejorar su aprendizaje. La información específica sobre el viaje es la siguiente:

Curso relacionado con excursión:	Voleibol femenino
Fecha de excursión:	Del 10 de agosto al 31 de octubre
Hora de excursión:	Horario variable
Lugar de excursión:	Entrenamientos y partidos de voleibol interescolar
Propósito de excursión:	Entrenamientos y partidos de voleibol interescolar
Costo de excursión:	Transporte (autobuses/furgonetas) para los partidos fuera de casa
Información de transporte:	Transporte (autobuses/furgonetas) para los partidos fuera de casa

Para que su estudiante pueda participar, debe proporcionar toda la información solicitada y firmar esta exención de responsabilidad.

Fecha de vencimiento de la exención y dónde enviar:	10 de agosto - Entrenador
Fecha límite de elegibilidad/privilegios:	semanal

Yo, _____, por la presente doy mi permiso para _____
(Nombre del padre) (Nombre del estudiante)

para asistir a la excursión mencionada anteriormente. Reconozco que este viaje promueve la misión de la escuela y que los estudiantes deben participar en esta oportunidad desde esa perspectiva. Reconozco que los estudiantes deben seguir el código de conducta en todo momento durante este viaje. El comportamiento inaceptable resultará en consecuencias disciplinarias.

Doy permiso para que mi estudiante vaya a la excursión. Al hacerlo, renuncio y libero todos y cada uno de los

derechos y reclamaciones por daños y perjuicios contra los organizadores, sus asociados y representantes asociados con esta excursión por todas y cada una de las lesiones sufridas por el estudiante mientras participa.

Firma de los padres

Fecha

Número de teléfono

FORMULARIO MÉDICO

Información médica requerida para el estudiante que asiste al excursión:

Nombre del estudiante:	
Dirección de casa:	
Número de teléfono del padre/tutor:	
Nombre de emergencia y Número de teléfono (si el padre no está disponible):	
Alergias del estudiante:	
Medicamentos para el estudiante:	
Otras condiciones médicas:	

En caso de que el representante de la escuela o el acompañante de la excursión no pueda comunicarse conmigo durante una emergencia médica, lesión u otro evento imprevisto relacionado con la salud de mi hijo/a, por favor procedan a realizar cualquier tratamiento médico que, a su juicio profesional o bajo la dirección de un profesional médico, se considere necesario de acuerdo con las circunstancias. En caso de que mi hijo/a no pueda comunicar sus necesidades y no sea posible establecer contacto conmigo, el médico encargado debe ejercer su juicio profesional respecto al tratamiento necesario. Por medio de la presente, doy mi consentimiento previo para dicho tratamiento y renuncio a cualquier acción o reclamo basado en la falta de consentimiento parental o los resultados de las decisiones tomadas en relación con dicho tratamiento.

Nombre del padre

Fecha