

Saturday School

PARENT PERMISSION, EMERGENCY MEDICAL AND WAIVER OF CLAIMS

PART 2: TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN

PARENT OR GUARDIAN – Please complete the following information and return to school by:
Wednesday afternoon prior to Saturday school.

I request that _____ be permitted to participate in the
(Full name of Student)

voluntary Saturday School planned by San Jacinto USD on _____ at _____ School

He/She is in good physical condition. If he/she becomes ill or injured during this activity, he/she may receive necessary first aid.

1. He/She **DOES – DOES NOT** (circle one) need medications (prescribed or over the counter) to be given during the hours of Saturday School.

Pursuant to California Educational Code Section 49423, all students requiring medications are required to have a written doctor's order and written parent permission.

Medication	Dosage	Frequency	Reason

2. He/She **MAY - MAY NOT** (circle one) receive medical attention by a duly licensed physician.
3. He/She **MAY – MAY NOT** (circle one) be admitted to a hospital in case of emergency. I will not hold the SAN JACINTO UNIFIED SCHOOL DISTRICT, its officers or employees, liable for medical aid rendered and will reimburse the SAN JACINTO UNIFIED SCHOOL DISTRICT for medical or other expenses incurred in his/her care. This authorization is given pursuant to Section 25.8 of the Civil Code of California and remains effective only for the event and time period specified above. In accordance with Education Code Section 35330 I, the parent/guardian, hereby waive all claims against the district or the State of California for injury, accident, illness, or death occurring during or by reason of this activity.
4. If necessary, my son/daughter has my permission to walk home: **YES** _____ **NO** _____
If **NO**, transportation will be provided by:

EMERGENCY MEDICAL INFORMATION:

Student Allergic to: _____

Tetanus Shot in last 6 months? _____ Yes _____ No

Christian Science Practitioner (if applicable) _____ Phone _____

I fully understand that Saturday School is VOLUNTARY and that all participants are to abide by all rules and regulations governing student conduct. Any violation of these rules and regulations may result in that individual being sent home at the expense of his/her parent/guardian.

Signature of Parent/Guardian

Date

or _____
Phone (where parent can be reached
during the activity)

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SAN JACINTO

AUTORIZACIÓN PARA la Escuela de Sabado

PERMISO DE PADRES, INFORMACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA Y EXENSIÓN DE RECLAMOS

PARTE 2: DEBE DE SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIÁN

PADRE O GUARDIÁN – Por favor complete la siguiente información y regrésela a la escuela para el **Miércoles** antes.

Yo pido que _____ sea permitido participar en
(Nombre Completo del Estudiante)

Escuela de Sabado voluntaria planeada por _____ desde 8:00 hasta 12:00 a _____.

El/Ella está en una condición física buena. Si el/ella se enferma o se lastima durante esta actividad, el/ella puede recibir los primeros auxilios necesarios.
(Nombre Completo del Estudiante)

1. El/Ella **SI – NO** (circule uno) necesita medicamentos (recetados o no recetados) administrados durante las horas de esta actividad.

De acuerdo al Código de Educación de California Sección 49423, todos los estudiantes que requieren medicamentos deben de tener una orden escrita de un doctor y un permiso escrito de sus padres.

Medicamentos	Cantidad	Frecuencia	Razón

2. El/Ella **PUEDE- NO PUEDE** (circule uno) recibir atención médica por un doctor licenciado.

3. El/Ella **PUEDE – NO PUEDE** (circule uno) ser admitido/a a un hospital en caso de emergencia. No haré al DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SAN JACINTO, sus oficiales o empleados, responsables por cualquier atención médica dada y reembolsaré al DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SAN JACINTO por gastos médicos o de otra índole incurridos durante su cuidado. Esta autorización es dada de acuerdo a la Sección 25.8 del Código Civil de California y permanece en efecto solamente durante el evento y el periodo de tiempo especificado anteriormente. De acuerdo al Código de Educación Sección 35330 I, por este medio el padre/guardián renuncia a cualquier reclamo contra el distrito o el Estado de California por cualquier herida, accidente, enfermedad, o muerte que ocurra durante, o por razones de, esta excursión.

4. Si la excursión se extiende más allá de horas escolares, mi hijo/hija tiene permiso para caminar a la casa: **SI** ___ **NO** ___
Si **NO** tiene permiso, transportación será proveída por:

Estudiante es Alérgico a: _____

¿Vacuna del Tétano en los últimos 6 meses? _____ Si _____ No

Doctor de la Ciencia Cristiana (si aplica) _____ Teléfono _____

Yo entiendo que esta actividad es **VOLUNTARIA** y que todos los participantes tienen que obedecer todas las reglas y las regulaciones gobernando la conducta durante la actividad. Cualquier violación de estas reglas y regulaciones puede resultar en que ese individuo sea mandado a su casa al costo de su padre/guardián.

Firma del Padre/Guardián **Fecha** **Teléfono** (donde el padre pueda ser contactado durante la actividad)