

FIELD TRIP

Liability Release Form

Student Name: _____

Grade: _____ Home Phone: _____

Address: _____

Guardian/Parent Name(s): _____

Guardian/Parent Work Phone _____

Someone to Contact in Case of Emergency (Other Than Guardian/Parent):

_____ Phone: _____

**ACTIVITY: Experience WCA 1200 Lancaster Dr. N, Salem, Oregon 97301
Wednesday, February 22nd, 2023 11:00AM-3:15PM**

In consideration of my participation (of my said child) in the above activity, I (we) waive and release any and all rights and claims for losses and damage that I (we or our child) may have against St Paul School District and the teacher arising in any way from my (the said) participation, (of our child). This release shall be binding upon our representative, successors and assigns.

Furthermore, I (we) recognize that providing personal accident insurance and payment of medical expenses I (we or our child) may sustain due to participation in activities is my (we or our child's) responsibility.

In the event that I (my child) may require(s) emergency medical treatment while participating in the aforesaid activities, I hereby authorize (my said child to receive) all necessary emergency medical treatment as may be necessary under the circumstances that existent.

Unless otherwise noted in the space below, the closest available ambulance service and hospital will be used. If you wish another hospital used, please note in the space below.

Signature of Parent/Guardian

Date

Please list any medical conditions or allergies:

Excursion
Forma de la responsabilidad
Favor de llenar y devolver este formulario a la escuela

Nombre de hijo/a: _____ Grado: _____

de teléfono: _____ Dirección: _____

Nombres de padres: _____

Número del trabajo: _____ (padre) _____ (madre)

En caso de emergencia, # numero de una persona que podemos llamar:

Nombre: _____ # de teléfono: _____

ACTIVIDAD: Experimentar WCA 1200 Lancaster Dr. N, Salem, Oregon 97301
Miércoles, 22 de 2023 11:00AM-3:15PM

En la consideración de la participación (de mi niño dicho) en la actividad antedicha, yo (nosotros) renuncio todos los derechos y demandas para las pérdidas y el daño que yo (nosotros o nuestro niño) puedo tener contra el distrito de la escuela de San Pablo y el profesor que se presenta de cualquier manera de mi participación (el dicho), (de nuestro niño). Esta cesión atará sobre nuestro representante, sucesores y asigna.

Además, yo (nosotros) reconozco que proporciona seguro de accidente y el pago personal de costos médicos que yo (nosotros o nuestro niño) puedo sostener por participar en las actividades es mi (nuestra o de nuestro niño) responsabilidad.

En caso de que mi niño pueda requerir el tratamiento médico de la emergencia mientras que participe en las actividades antedichas, yo por este medio autorizo (mi niño dicho a recibir) todo el tratamiento médico de la emergencia necesaria como puede ser necesaria bajo circunstancias existentes.

A menos que se indique de otra forma en el espacio abajo, el servicio de la ambulancia y el hospital más cercanos y disponibles serán utilizados. Si desea otro hospital usado, favor de apuntarlo en el espacio abajo.

Firma de padres

Fecha

Alergias/ Medicación especial/problemas con la salud: