

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA

PARENT/GUARDIAN FIELD TRIP CONSENT

St. Cloud High SCHOOL

I, the parent/guardian of _____ grade 12 hereby give my consent for my child to participate in a field trip to: Universal Studios Orlando Gradbash 2023

*** Students must be at the bus loop no later than 4:30 pm, if not in appropriate dress code, will not go on trip.

*** NO REFUNDS ***

Trip date(s) April 28th 2023 Time of departure 5:00 pm Time of return 3:00 am
Teacher in charge Jennifer Grason Cost \$ 130

Mode of transportation: Check ☒ one: ☐ School Bus ☒ Common Carrier ☐ Private Vehicle ☐ Walking

☐ **NOTICE OF HAZARDOUS ACTIVITY. THIS FIELD TRIP WILL INCLUDE THE ACTIVITY OF RIDING ON AN AIRBOAT. WHILE THIS ACTIVITY IS THRILLING, IT IS INHERENTLY DANGEROUS. PARENT/GUARDIAN WANTS THE STUDENT TO EXPERIENCE AIR BOATING ON THIS FIELD TRIP, AND BY SIGNING BELOW THE PARENT/GUARDIAN ACKNOWLEDGES THAT THIS POTENTIALLY DANGEROUS ACTIVITY CARRIES A RISK OF INJURY OR DEATH, AND RELEASES THE SCHOOL BOARD AND ALL AGENTS AND EMPLOYEES OF THE SCHOOL DISTRICT FROM ALL CLAIMS, LAWSUITS AND ACTIONS FOR DAMAGES OR OTHER RELIEF ARISING OUT OF PARTICIPATION IN OR DURING OR AS A RESULT OF RIDING ON AN AIR BOAT, INCLUDING THE DECISION TO INCLUDE THIS ACTIVITY ON THIS OUTING AND ANY OTHER MATTER RELATING TO AIR BOATING.**

☐ **Please be aware** that while travel insurance is an option, if you choose not to purchase the additional coverage, the school and the district are not liable for any lost funds.

By this consent, I hereby release and discharge the School District of Osceola County, Florida, from all liabilities, claims, and demands of whatever kind or nature that may arise or be connected with the child's participation in, traveling to or returning from such activity, that is caused by the act or omission of persons other than agents or employees of the School District. This consent does not release the School District from any liabilities, duties or responsibilities for the acts or omissions of its own agents or employees imposed by any laws, regulations or policies.

I also understand that if my child becomes a discipline problem while on any trip, he/she will be sent home by the quickest means and at my expense.

I authorize a representative of the school named above to see that my child receives any emergency medical treatment that may become reasonably necessary, while child is on said field trip in/out of Osceola County. Payment of all charges incurred for medical treatment is guaranteed by me or the insurance company providing coverage for my child.

My child has the following medical conditions. If none, state "None" _____

Treatment for above _____

My child is has the following allergies. If none, state "None" _____

Date of child's last Tetanus booster. _____

Check ☒ one: ☐ I do not have medical insurance to cover treatment
☐ I have medical insurance with company/provider name _____
Policy/Group number _____

Parent/guardian home phone # _____ work phone # _____

Emergency contact if parent/guardian cannot be reached:

Name _____ Relationship _____

Home phone # _____ Work phone _____

Parent(s)/guardian(s) signature _____ Date _____

THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY, FLORIDA
PERMISO DEL PADRE/TUTOR PARA EXCURSIONES ESCOLARES

St. Cloud High ESCUELA

Yo, padre/tutor de _____, grado 12 consiento que mi hijo/a participe en la
excursión escolar a: Universal Studios Orlando Gradbash 2023

*** Students must be at the bus loop no later than 4:30 pm, if not in appropriate dress code, will not go on trip.

*** NO REFUNDS ***

Fecha(s) de la excursión April 28th, 2023 Hora de Salida 5:00 pm Hora de Regreso 3:00 am

Maestro(a) Encargado(a) Jennifer Grason Precio \$130

Modo de Transporte: Marque ☒ uno: ☐ Autobús Escolar ☒ Transporte Alquilado ☐ Vehículo Privado ☐ Caminando

- ☐ **AVISO DE ACTIVIDAD PELIGROSA. UNA DE LAS ACTIVIDADES INCLUIDAS EN ESTA EXCURSIÓN ES NAVEGAR EN UN DESLIZADOR. ESTA ACTIVIDAD ES MUY EMOCIONANTE, PERO A SU VEZ, MUY PELIGROSA. EL PADRE/TUTOR DESEA QUE SU HIJO(A) PARTICIPE DE LA ACTIVIDAD DE NAVEGAR EN UN DESLIZADOR DURANTE ESTA EXCURSIÓN Y AL FIRMAR ABAJO EL PADRE/TUTOR RECONOCE QUE ESTA ES UNA ACTIVIDAD POTENCIALMENTE PELIGROSA CON RIESGO DE LESIÓN O MUERTE. EL PADRE/TUTOR EXIME A LA JUNTA ESCOLAR, TODOS LOS AGENTES Y EMPLEADOS DEL DISTRITO ESCOLAR DE TODAS LAS RECLAMACIONES, DEMANDAS Y ACCIONES POR DAÑOS U OTRA COMPENSACIÓN QUE PUEDAN SURGIR EN O DURANTE O COMO RESULTADO DE NAVEGAR EN EL DESLIZADOR, INCLUYENDO LA DECISIÓN DE TENER ESTA ACTIVIDAD EN LA EXCURSIÓN O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON LA ACTIVIDAD DE NAVEGAR EN UN DESLIZADOR.**

- ☐ **Por favor tenga en cuenta que,** aunque el seguro de viaje es opcional, si usted escoge no comprar la cobertura adicional, la escuela y el distrito no son responsables por ninguna pérdida de fondos.

A través de este consentimiento, yo eximo y libero al Distrito Escolar del Condado Osceola de todas las obligaciones, exigencias y demandas de cualquier tipo o clase que puedan ocurrir o se relacionen con la participación del niño(a) en, viajando a, o regresando de dicha actividad, que sea causada por la acción o el descuido de personas que no sean agentes o empleados del Distrito Escolar. Este consentimiento no exime al Distrito Escolar de ningunas exigencias, obligaciones o responsabilidades por las acciones o los descuidos de sus propios agentes o empleados impuestos por leyes, reglas o políticas.

También entiendo que si mi hijo(a) fuera un problema de disciplina estando en la excursión, el/ella será enviado(a) a la casa de la manera más rápida y a expensas mías.

Yo autorizo a un representante de la escuela antes mencionada para asegurar que mi hijo(a) reciba cualquier tratamiento médico de emergencia que sea razonablemente necesario, mientras dicho(a) niño(a) esté en una excursión escolar dentro/fuera del Condado Osceola. El pago de todos los cargos por el tratamiento médico está garantizado por mí o por la casa aseguradora que provee el seguro al estudiante antes mencionado.

Mi hijo(a) tiene los siguientes problemas de salud. Si ninguno, escriba "Ninguno" _____

Tratamiento para dicho problema _____

Mi hijo(a) tiene las siguientes alergias. Si ninguna, escriba "Ninguna" _____

Fecha del último refuerzo de la vacuna de tétano del niño(a). _____

Marque ☒ uno: ☐ No tengo seguro médico que cubra el costo del tratamiento.

☐ Tengo seguro médico con casa aseguradora/ nombre del suministrador _____

Número de la Póliza/Número de Grupo _____

Número de teléfono del hogar del Padre/Tutor _____ Número de teléfono del trabajo _____

Otra persona a notificar en caso de emergencia:

Nombre _____ Relación _____

Número de teléfono del hogar _____ Número de teléfono del trabajo _____

Firma del(de los) Padre(s)/Tutor(es) _____ Fecha _____