



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT

REFERENCE GUIDE

ATTACHMENT H

PARENT'S OR GUARDIAN'S PERMISSION FOR A FIELD TRIP AND AUTHORIZATION FOR MEDICAL CARE – TRIP SLIP

To the Principal of School: MARK TWAIN MIDDLE SCHOOL

_____ has my permission to participate in the
(Student Name: please print)

field trip location: Hadestown at the Pantages Theatre, Hollywood on Tuesday, October 21, 2025

Departure time: 6:00 P.M. Return time: 10:45 P.M. Supervising Teacher (please print): Ms. Olinger

LUNCH

METHOD OF TRANSPORTATION

☒ Student will be **at school during lunch.**

☒ Student will ride on School Bus

☐ Student will be **off-site during lunch.**

Parent or Guardian Authorization Signature Date: _____

(INFORMATION TO BE COMPLETED BY PARENT AND TO BE REMOVED BY SUPERVISING TEACHER)

AUTHORIZATION FOR MEDICAL CARE

I permit the School District to transport/ house/care for my child as necessary if an (non-medical) emergency occurs during the field trip. Should it be necessary for my child to have medical care while participating in this trip, I hereby give the School District personnel permission to use their judgment in obtaining medical care for the child, and I give permission to the health care provider selected by the School District personnel to render medical care deemed necessary and appropriate by the provider. I understand that the District is responsible for the conduct or safety of a student only while the student remains under the constant, direct and immediate supervision of the field trip supervisor(s). I also understand that for field trips where constant, direct and immediate supervision isn't possible, the District requires students to be insured under separate, "Short Term 24-Hour" coverage.

Student Name: _____

Home Address: _____

Home Telephone Number: _____

Business Telephone Number: _____

Emergency Telephone Number: _____

Authorized Signature of Parent or Guardian Date: _____

Parent or Guardian's Name (please print) _____

☐ PLEASE CHECK HERE IF INSTRUCTIONS FOR SPECIAL MEDICAL TREATMENT FOR THE STUDENT ARE ON FILE IN THE SCHOOL.

PARENTS, PLEASE NOTE: Section 35330 of the California Education Code states in part: "All persons making the field trip 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". Accident insurance can be purchased for a minimum daily rate by contacting the school.

To be completed only upon emergency release of student to authorized parent or guardian during the trip. Student released to:

Parent or Guardian name (please print) _____ Signature _____



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT

REFERENCE GUIDE

ATTACHMENT I - Parent Permission Slip and Medical Authorization- Spanish

PERMISO POR PARTE DEL PADRE, LA MADRE, EL TUTOR O LA TUTORA PARA UNA EXCURSIÓN ESCOLAR
Y AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MÉDICA - CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN DE VIAJE

Al director o directora de la escuela Mark Twain Middle School.

_____ tiene mi permiso para participar en...

(Nombre y apellido del alumno: con letra de molde por favor)

Lugar de la excursión escolar: Hadestown en el teatro Pantages, Hollywood el martes, 21 de octubre 2025

Hora de salida: 6:00 P.M.

Hora de regreso: 10:45 P.M.

Maestro supervisor por: Ms. Olinger

ALMUERZO

MÉTODO DE TRANSPORTE

☒ El alumno, o la alumna, **estará en la escuela durante el almuerzo.** ☒ El alumno, o la alumna irá en el autobús escolar.

☐ El alumno, o la alumna, **estará fuera del plantel durante el almuerzo.**

Firma de autorización del padre, la madre, el tutor o la tutora

Fecha

(LA INFORMACIÓN SERÁ LLENADA POR EL PADRE O LA MADRE, Y EL MAESTRO O MAESTRA QUE SUPERVISE LA RECOGERÁ)

AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA

Doy permiso al Distrito Escolar para transportar /alojar/ cuidar de mi hijo si fuera necesario en caso de una emergencia (no médica) durante la excursión. Si fuera necesario que mi hijo reciba atención médica durante su participación en este viaje, doy permiso al personal del Distrito Escolar para que determine por juicio propio la obtención de atención médica para el niño, y autorizo al médico seleccionado por el personal del Distrito Escolar para que le rinda atención médica si el proveedor lo considerara necesario y apropiado. Entiendo que el Distrito es responsable por la conducta o

seguridad de un estudiante sólo mientras el estudiante permanezca bajo la supervisión constante, directa e inmediata del supervisor de la excursión. También, entiendo que en las excursiones donde no fuera posible una supervisión constante, directa e inmediata, el Distrito requiere que los estudiantes estén asegurados bajo una cobertura separada de "Corto Plazo por 24 horas".

Nombre y apellido del alumno: _____

Domicilio del hogar: _____

Número de teléfono en casa: _____

Número de teléfono en el trabajo: _____

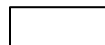
Número de teléfono para **emergencia**: _____

Firma de autorización del padre, la madre, el tutor o la tutora

Nombre y apellido del padre, la madre, el tutor o la tutora

(por favor con letra de imprenta)

Fecha: _____



POR FAVOR MARQUE CON UN X AQUÍ SI LAS INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA ESPECIAL DEL ALUMNO O ALUMNA ESTÁN EN EL EXPEDIENTE DE LA ESCUELA.

PADRES DE FAMILIA, POR FAVOR NOTEN: El artículo 35330 del Código de Educación de California declara en parte: "Se considerará que todas las personas que hagan la excursión han renunciado a todos los reclamos en contra del Distrito o el Estado de California por lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurran durante o por razón de la excursión o el viaje escolar." Se puede comprar un seguro de accidente por una cuota diaria mínima a través de la escuela. Esta institución es un entidad que proporciona oportunidades equánimes.

To be completed only upon emergency release of student to authorized parent or guardian during the trip. Student released to:

Parent or Guardian name (please print) _____

Signature _____