

# CLARK COUNTY SCHOOL DISTRICT FIELD TRIP PERMIT

Last Name of Pupil \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_

I request that my child be allowed to participate in an authorized Clark County School District Field Trip. I understand that my child will be chaperoned by a responsible adult while away from the school, who will take reasonable precautions to protect my child from harm and injury.

I understand that this is a supervised activity. In order to maintain order, students will be expected to comply with rules, standards, and instructions for student behavior. I waive and release all claims against Clark County School District employees or their agents arising out of my child's failure to remain under such supervision. If at any time my child's behavior is incompatible with the standard for student behavior, his/her further participation may not be permitted.

In the event that my child is injured, becomes ill, or involved in an accident while away, I understand that the chaperon will seek medical attention for my child, and the school will contact me as soon as possible, and that I will be financially responsible for medical treatment. I further agree to hold the Clark County School District, its employees, and agents harmless for any injury or illness caused by the negligence of persons other than employees or agents of the Clark County School District when such injury or illness occurs during the trip.

\_\_\_\_\_  
Signature Date

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Emergency Phone and Name: \_\_\_\_\_

Please note any medical information which would be of help: (i.e., allergies, medications to avoid, current medications, etc.)

I do not wish my child to take part in the school field trips.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Guardian Date



# CLARK COUNTY SCHOOL DISTRICT PERMISO PARA EXCURSION

Apellido del Alumno \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Deseo que mi hijo/a participe en excursiones autorizadas por el Distrito Escolar del Condado de Clark. Tengo entendido que una persona adulta responsable supervisará a mi hijo/a mientras este fuera de la escuela, y se tomarán las medidas necesarias para ofrecer protección en contra de daños y perjuicios.

Tengo entendido que esta es una actividad supervisada. Para mantener el orden, los alumnos deben cumplir con el reglamento y las instrucciones de conducta que se impongan. En caso de que mi hijo/a no obedezca los reglamentos y resulte en cualquier incidente, renuncio y cedo todas las reclamaciones en contra de empleados del Distrito Escolar del Condado de Clark o sus representantes. Si mi hijo/a rehusa obedecer o su comportamiento es deficiente, participación en futuras actividades no se autorizarán.

En caso de que mi hijo/a sufra un accidente y se lastime durante la excursión, tengo entendido que la persona responsable por el/ella conseguirá atención médica inmediatamente y que la escuela me notificará tan pronto sea posible así como yo soy responsable por los gastos médicos incurridos. Además, no haré responsable al Distrito Escolar del Condado de Clark o a sus representantes si mi hijo/a sufre algún accidente o enfermedad causada por negligencia de personas ajenas al Distrito Escolar del Condado de Clark.

\_\_\_\_\_  
Firma Fecha  
Teléfono de su Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono de Emergencia y Nombre \_\_\_\_\_

Por favor indique información que nos pueda ayudar: (i.e., alergias, medicamentos que debemos evitar, medicamentos que se estén tomando, etc.)

No deseo que mi hijo/a participe en excursiones escolares.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor Fecha