

IX. Medical Release/Parent Consent Form

PARENT CONSENT FORM FOR SCHOOL-SPONSORED TRIP

My child, _____, has my permission to attend and participate in the following school-sponsored trip/s: travelling with the Keefer Crossing Middle School Band in the 2019-2020 school year.

I authorize the employee(s) of the New Caney Independent School District to allow my child to travel to and from the above referenced activity or event with the sponsoring group, club, or class. I understand and accept that my student will be subject to all school board policies including the Student Code of Conduct and Dress Code while representing New Caney ISD on or off campus. I understand that the New Caney Independent School District and its employees cannot be held liable for personal injury or loss or damage to personal property which may result from my child's participation in the above-referenced activity or event.

Name of Insurance Co: _____ Name of Insured: _____

Policy #: _____ Group #: _____ Phone# _____

Medicaid # _____

If your child has an illness, physical condition, or is taking prescription medication, please list below and give any information that might be helpful in the case of an emergency. All medications will be given in accordance with New Caney ISD Medication Policy. The school nurse and/or trained staff member will be responsible for administering the following medication(s) during the field trip.

Medication Allergy: _____

Medical Condition(s) for which medication is given: _____

Medication: _____ Dose: _____ Time to be given: _____

Medication: _____ Dose: _____ Time to be given: _____

Other Pertinent Medical Information: _____

AUTHORIZATION AND CONSENT OF PARENT(S) OR LEGAL GUARDIAN(S): As custodian of the aforementioned minor, I grant my authorization and consent for New Caney ISD personnel to administer general first aid treatment for minor injuries or illnesses. If the injury or illness is severe, I authorize him or her to seek professional emergency personnel to attend, transport, and treat the minor and to issue consent for any medical care deemed advisable by a licensed medical professional or institution. I authorize New Caney ISD personnel to exercise best judgment upon the advice of medical or emergency personnel.

Effective Date(s): _____ thru June 1, 2020 _____.

Parent /Guardian Signature: _____ Printed Name: _____

Date: _____ Telephone #: _____ (Mandatory)

Email Address: _____

IX. Médica Formulario de Consentimiento Versión Padres

VIAJE PATROCINADO POR LOS PADRES LA FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA ESCUELA

Mi niño, _____, tiene mi permiso para asistir y participar en la siguiente escolar viaje/s: viajar con la banda de secundaria Keefer cruce para el año 2019-2020.

Yo autorizo el empleado del distrito escolar independiente de New Caney para permitir que mi hijo viajar a y de la anterior referencia a la actividad o evento con el patrocinio de grupo, club o clase. Entiendo y acepto que mi estudiante estará sujeto a todas las políticas de la junta escolar incluyendo el código de conducta y código de vestimenta que representa nuevo Caney ISD en o fuera del campus. Entiendo que el distrito escolar de New Caney independiente y sus empleados no se hace responsables por lesiones personales o pérdida o daño a la propiedad personal que pueda resultar de mi participación en el evento o actividad arriba mencionada.

Nombre de seguro Co: _____ Nombre del asegurado: _____

Política #: _____ Grupo #: _____ # de teléfono _____

De Medicaid: _____

Si su hijo tiene una enfermedad, condición física, o está tomando medicamentos, por favor lista de abajo y dar cualquier información que podría ser útil en caso de emergencia. Todos los medicamentos se darán según la nueva política de medicamentos Caney ISD. La enfermera de la escuela o miembros de personal será responsable de administrar el medicamento siguiente durante el viaje.

Alergia medicamentos: _____

Condición médica que se administra medicación: _____

Medicación: _____ Dose: _____ Time ser dado: _____

Medicación: _____ Dose: _____ Time ser dado: _____

Otra información médica pertinente: _____

AUTORIZACIÓN y consentimiento de los padres (S) o LEGAL GUARDIAN (S) como custodio del menor mencionado, concedo mi autorización y consentimiento para el personal nuevo Caney ISD administrar tratamiento general primeros auxilios para lesiones de menor importancia o de enfermedades. Si la lesión o enfermedad es grave, yo autorizo a él o ella buscar personal de emergencia profesional para asistir, transportar y tratar al menor y emitir el consentimiento para la atención médica se considere aconsejable por una institución o un profesional médico con licencia. Autorizo a personal nuevo Caney ISD a ejercer mejor juicio sobre el asesoramiento de personal médico o de emergencia.

Fecha efectiva (s): _____ a _____ 1 de Junio, 2020 _____.

Firma del padre guardián: _____ Impreso Nombre: _____

Fecha: _____ Teléfono #: _____ (Obligatorio)

El email: _____