

# ACTIVITY/STUDENT TRIP PERMISSION PERMISO ESTUDIANTIL PARA ACTIVIDAD/VIAJE

School/Escuela GATE ACADEMY School Phone Number/Número de Teléfono de la Escuela \_\_\_\_\_

Activity/Event Description. Actividad/Evento Descripción  
 Purpose/Propósito Expose Students 3<sup>rd</sup> Grade → 9<sup>th</sup> Grade to multiple enrichment Activities throughout the Day.

Location of Trip/Lugar del Viaje UKIWA HIGH Address/Dirección 1000 Low Gap Rd. Phone No./Núm. de Tel. 207-472-5750

Time (Leave)/Hora (Salida) 9 A.M. Date/Fecha 10/22/18 Time (Return)/Hora (Regreso) 2 P.M. Date/Fecha 10/27/18  
Start 9:00am End 2pm.

Transportation by (check one)/Transportación por (marqué uno)  
 Bus/Autobús  Private Vehicle/Vehículo Personal

Basic Cost of Trip/Costo Básico del Viaje 0 Amount/Cantidad 0 Sack Lunch/Almuerzo Embolsado Lunch provided. Yes/Sí  No/No

Additional Spending Money for/Dinero Adicional para Gastos De: 0

Name of Faculty Chaperone/Nombre del Miembro de la Facultad Acompañante DAVID WEBER

Contact persons in case of emergencies/Personas de contacto en caso de emergencia:  
**Gabe Sherman** Office Phone/Tel. de Oficina 472-5080 **Matt Brown** Office Phone/Tel. de Oficina 472-5090  
 Director Support Service Emergency Cell Number (707) Transportation Lead Emergency Cell Number (707)  
 Núm. de Emergencia Celular 357-4235 Núm. de Emergencia Celular 239-1960

PLEASE RETAIN UPPER PORTION AS ACTIVITY/STUDENT TRIP PARENT INFORMATION  
 FAVOR DE RETENER LA PARTE DE ARRIBA COMO INFORMACIÓN PARA LOS PADRES SOBRE  
 ACTIVIDAD/VIAJE ESTUDIANTIL

DETACH AND RETURN LOWER PORTION TO SCHOOL OF ORIGIN  
 SEPARA Y DEVUELVA LA PARTE DE ABAJO A LA ESCUELA DE ORIGEN

I hereby give my permission for/Yo doy mi permiso para que b  
 Name of Student/Nombre del Estudiante

to participate in the following activity/trip  
 participe en la siguiente actividad/viaje  
 Use Language of Activity/Student Trip from Above Description  
 Use el Nombre de la Actividad/Viaje

b Signature of Parent/Guardian/Firma del Padre/Guardián Parent/Guardian Phone No./Núm. de Tel. del Padre/Guardián b

b Alternate Phone No. if Parent/Guardian is Unavailable  
 Núm. de Tel. Alterno si el Padre/Guardián no está Disponible

*Fill out otherwise  
Please →*

AUTHORIZATION TO CONSENT TO TREATMENT OF MINOR  
AUTORIZACION DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE UN MENOR

(I) (We), the undersigned, parent(s) of \_\_\_\_\_, a minor, do hereby authorize \_\_\_\_\_ as agent(s) for the undersigned to consent to an X-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by, and is to be rendered under the general or special supervision of, any physician and surgeon licensed under the provisions of the Medical Practice Act on the medical staff of any hospital, whether such diagnosis or treatment is rendered at the office of said physician or at said hospital.

It is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care being required but is given to provide authority and power on the part of our aforesaid agent(s) to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment or hospital care which aforementioned physician in the exercise of his/her best judgment may deem advisable.

This authorization is given pursuant to the provisions of Section 25.8 of the Civil code of California.

(I) (We), hereby authorize any hospital which has provided treatment to the above-named minor pursuant to the provisions of Section 25.8 of the Civil Code of California to surrender physical custody of such minor to (my) (our) above-named agent(s) upon the completion of treatment. This authorization is given pursuant to Section 1283 of the Health and Safety Code of California.

*(Yo) (Nosotros), los firmantes, padre/madre, padres de \_\_\_\_\_, un(a) menor, por la presente autorizo (autorizamos) a \_\_\_\_\_ como agente(s) para los firmantes para que den su consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o de cirugía y cuidado de hospital que sea aconsejable por, y que ha de ser prestado bajo la supervisión general o especial de cualquier médico o cirujano autorizado bajo las provisiones del Estatuto del Ejercicio de la Medicina en el personal médico o en el hospital.*

*Se sobreentiende que esta autorización de cualquier diagnóstico específico, tratamiento o cuidado de hospital que sea necesario, se está haciendo para proveer autorización y poder de parte del agente(s) mencionado(s) para dar consentimiento específico para cualquier y todos dichos diagnósticos, tratamiento o cuidado de hospital que el doctor mencionado anteriormente, ejerciendo su mayor criterio crea conveniente.*

*Esta autorización es dada de acuerdo con las provisiones de la Sección 25.8 del Código Civil de California.*

*(Yo) (Nosotros), por este medio autorizamos a cualquier hospital que haya provisto tratamiento al menor mencionado arriba de acuerdo con las provisiones de la Sección 25.8 del Código Civil de California, entregar la custodia física de tal menor a (mi) (nuestro) agente(s) mencionado(s) arriba, cuando se haya completado el tratamiento. Esta autorización es dada de acuerdo a la Sección 1283 del Código de Salud y Seguridad de California.*

These authorizations shall remain effective until/Esta autorización efectiva hasta \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, unless sooner revoked in writing delivered to said agent(s) la menos que se revoque por escrito a dicho agente(s).

\_\_\_\_\_  
DATE/FECHA

\_\_\_\_\_  
PARENT OR GUARDIAN/PADRE O GUARDIAN

*All of this please.*

\_\_\_\_\_  
WITNESS/TESTIGO

- Child's Birthdate/Fecha de Nacimiento del Niño(a): \_\_\_\_\_
- Child's Doctor/Doctor del Niño(a): \_\_\_\_\_
- Child's Dentist/Dentista del Niño(a): \_\_\_\_\_
- Name and Number of medical Insurance Policy/Nombre y Número de la Póliza de Seguro Médico: \_\_\_\_\_
- Chronic Illnesses/Enfermedades Crónicas: \_\_\_\_\_
- Insured's Name/Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_
- Medications (if long term)/Medicamentos (si usados por mucho tiempo): \_\_\_\_\_
- Allergies/Alergias: \_\_\_\_\_
- Last Tetanus/Ultima Vacuna para el Tétano: \_\_\_\_\_

THIS AUTHORIZATION IS VALID FOR ONE YEAR PAST DATE WRITTEN  
ESTA AUTORIZACION ES VALIDA POR UN AÑO DESDE LA FECHA EN QUE FUE ESCRITA