

Parent Waiver and Release of Claims and Consent for Medical Treatment for Student Travel

I, the undersigned parent or guardian, hereby give permission for my child or ward

_____, to participate in all trips occurring during the 2017-2018 school year and involving travel by Dessau Middle School Band.

I am aware that, should the world situation make it necessary for the administration of the PfISD to cancel student travel, or if my child becomes ineligible to participate in the trip, the school district assumes no financial responsibility for any monies lost due to this action.

In regards to designated trips/activities, I release and discharge the Pflugerville Independent School District, its employees, officers, agents and assigns from all claims which I may have or which my heirs, administrators, or assigns may have or claim to have against Pflugerville ISD, its employees, officers, agents and assigns for all personal or property injuries caused by or arising out of designated DMS Band trips/activities.

For the same consideration, I recognize that student participation in certain trips/activities is voluntary, others mandatory, and I hereby expressly assume all risk of personal injury to participant and loss or damage to property of participant or any other loss of every nature.

I acknowledge that my child or ward understands that the trip/activity involves possible inherent risks of physical harm because of the nature of the trip/activity itself and/or the physical environment of the location(s) wherein the trip/activity is conducted and that it is the participant's responsibility to use special care and caution, including but not limited to, appropriate protective apparel and/or equipment, to avoid risk of injury.

I understand that all PfISD school and DMS Band policies (as outlined in each handbook) will be enforced at all times. I also understand that the DMS Band, the sponsors of the trip/activity, as well as the hosts of DMS Band may have additional policies that will be enforced.

Finally, I authorize the sponsor(s) to consent to medical treatment of my child or ward, in the event of medical emergency.

I have read this Waiver and Release of Claims and Consent for Medical Treatment and understand all of its terms and conditions. I execute this Waiver and Release of Claims and Consent for Medical Treatment voluntarily and with full knowledge of its significance.

Date: _____

Printed name of student: _____

Signature of Parent/Guardian: _____

Address of Parent/Guardian: _____

Parent/Guardian Home Phone: _____ Work: _____

Cell: _____

Renuncia de Padres y Liberación de Reclamos y Consentimiento para Tratamiento Médico para Viajes de Estudiantes

Yo, el padre o tutor, abajo firmante, doy permiso para que mi hijo o pupilo _____, para participar en todos los viajes ocurridos durante el año escolar 2017-2018 y implicando el recorrido por la banda de la escuela secundaria de Dessau Middle School.

Soy consciente de que si la situación mundial hace necesario que la administración del PflISD cancele los viajes de los estudiantes, o si mi hijo no puede participar en el viaje, el distrito escolar no asume ninguna responsabilidad financiera por cualquier dinero perdido debido a esta acción.

En cuanto a viajes/actividades designados, libero y descargo el Distrito Escolar Independiente de Pflugerville, su Empleados, oficiales, agentes y cesionarios de todas las reclamaciones que pueda tener o que mis herederos, administradores o cesionarios puede tener o pretender tener en contra de Pflugerville ISD, sus empleados, oficiales, agentes y cesionarios por todo lo personal o propiedad lesiones causadas por o derivadas de viajes/actividades de la Banda DMS designadas.

Por la misma consideración, reconozco que la participación de los estudiantes en ciertos viajes / actividades es voluntaria, otras son obligatorias, y por la presente asumo expresamente todo riesgo de lesión personal al participante y pérdida o daño a la propiedad del participante o cualquier otra pérdida de cualquier naturaleza.

Reconozco que mi hijo o pupilo entiende que el viaje/actividad implica posibles riesgos inherentes de daño físico debido a la naturaleza del viaje/actividad en sí y/o al entorno físico de la(s) ubicación(es) en la que el viaje/actividad Se lleva a cabo y que es responsabilidad del participante utilizar cuidado especial y precaución, incluyendo pero no limitado a, ropa protectora apropiada y/o equipo, para evitar el riesgo de lesiones.

Entiendo que todas las políticas de la escuela PflISD y de la banda DMS (como se describe en cada manual) se aplicarán en todo momento. Yo también entiendo que la Banda DMS, los patrocinadores del viaje/actividad, así como los anfitriones de la Banda DMS pueden tener políticas adicionales que serán aplicadas.

Por último, autorizo a los patrocinadores a consentir el tratamiento médico de mi hijo o pupilo en caso de emergencia médica.

He leído esta Exención y Liberación de Reclamaciones y Consentimiento para Tratamiento Médico y entiendo todos sus términos y condiciones. Yo ejecuto esta Renuncia y Liberación de Reclamos y Consentimiento para Tratamiento Médico voluntariamente y con conocimiento de su significado.

Fecha: _____

Nombre impreso del estudiante: _____

Firma del Padre / Tutor: _____

Dirección del Padre / Tutor: _____

Padre/Guardián Teléfono de casa: _____ Trabajo: _____

Celda: _____