

McKINNEY

INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

RETURN TO SCHOOL BY: _____

RELEASE OF ALL CLAIMS Parent Permission for Educational Field Trip

Name of Student: _____

RELEASE made by: _____
(circle one: parent or legal guardian)

(address, city, state, zip code)

RELEASE made on: _____ day of _____ 20_____
(day) (month) (year)

The student, and the undersigned parent or legal guardian of the above-named student, in consideration of the right to attend:

Date of Event: _____	Time of Event: _____
Description of Event: _____	
Location: _____	Cost: _____
Special Notes: _____	

to the extent permitted by law, do hereby release and forever discharge the McKinney Independent School District, (hereinafter the "District") its agents, employees and officers from all claims, demands, actions, right of action, which I may have or which my heirs, executors, administrators, or assigns may have or claim to have against the District which arise out of or are in any way connected with personal injuries, known or unknown, and injuries to property, real or personal, caused by or arising out of, the above described educational field trip.

I understand that every reasonable effort will be made to contact me in the event of acute illness or other emergency requiring medical attention. However, if I cannot be reached, I hereby authorize the District to transport or authorize the transport by ambulance of my child to the nearest medical care facility and to authorize any and all necessary medical treatment arising from said emergency.

I understand that any and all costs incurred as a result of above-mentioned medical care will remain my responsibility. I further understand that these costs may include, but are not limited to, ambulance, private physician, clinic, hospital, dentist, or other urgent care personnel.

I, the undersigned, have read this entire release and understand that the terms contained herein are contractual. Further, I consent to medical treatment according to the terms of this agreement and accept responsibility for all costs incurred. I understand that failure to return this form will act as lack of consent for participation and student will not be allowed to participate in field trip.

I execute this voluntarily and with full knowledge of its significance.

Signature of Parent/Guardian

Date and Year

Daytime contact number

Revised: 10/5/06

McKINNEY

INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

DEVUELVA A LA ESCUELA NO MÁS TARDE DE: _____
EXONERACIÓN DE TODA RECLAMACIÓN
Autorización de los Padres o Tutores Para Viajes Educativos

Nombre del estudiante: _____
EXONERACIÓN hecha por _____
(Marque uno: padre o tutor legal)

(Domicilio, ciudad, estado, código postal) _____
EXONERACIÓN hecha el: _____ día de _____ de 20 _____
(día) (mes) (año)

El (La) estudiante y quien suscribe, padre o tutor legal del (de la) estudiante arriba mencionado(a), en consideración al derecho de asistir a:

Fecha del evento: _____	Hora del evento: _____
Descripción del evento: _____	
Ubicación: _____	Costo: _____
Notes especiales: _____	

y, tanto en cuanto sea permitido por la ley, por este medio exonerado y para siempre eximo al Distrito Escolar Independiente de McKinney (en adelante identificado como el "Distrito") sus agentes, empleados, y directores de todo tipo de reclamaciones, demandas, acciones, juicios y ejecuciones legales que pueda tener yo o que puedan tener o reclamar tener mis herederos, albaceas, administradores, o cesionarios, en contra del susodicho Distrito y que ocurran como resultado de, o que de cualquier modo puedan estar vinculados a, lesiones personales, conocidas o desconocidas, y daños a la propiedad, real o personal, causados por el, o como resultado del, viaje educativo descrito más arriba.

Yo comprendo que se realizará todo esfuerzo razonable para establecer contacto conmigo en caso de una enfermedad grave u otra emergencia que requiera atención médica. Sin embargo, dado el caso en que no se pueda establecer contacto conmigo, por este medio autorizo al Distrito a transportar a, o autorizo el transporte por medio de ambulancia de, mi hijo o hija al establecimiento de cuidado médico más cercano y autorizo todo y cualquier tratamiento médico de emergencia ocasionado por la susodicha emergencia.

Yo comprendo que yo seré responsable de todo y cualquier costo incurrido como resultado del cuidado médico arriba mencionado. Más aún, yo comprendo que dichos costos pueden incluir, pero no se limitan a, los servicios prestados por ambulancia, médico particular, clínica, hospital, dentista, u otro cuidado por parte del personal de cuidado médico urgente.

Yo, el abajo firmante, he leído esta exoneración en su totalidad y comprendo que los términos contenidos en este documento son de carácter contractual. Más aún, yo otorgo mi consentimiento al tratamiento médico en concordancia con los términos de este acuerdo y acepto la responsabilidad por todos los costos incurridos. Yo comprendo que mi rechazo a devolver este formulario constituirá la negación de mi consentimiento para la participación y no se permitirá que mi estudiante participe en el viaje educativo.

Yo ejecuto este documento voluntariamente y estoy plenamente en conocimiento de su significado.

Firma del Padre/ Tutor Legal

Fecha y Año

Número de teléfono para contacto diurno