

Clark County School District
FIELD TRIP PERMIT

CCF-796
9/23

➔ Student Last Name _____ Student 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 chaperone 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.

OVERNIGHT FIELD TRIP

When students attend an overnight field trip, consideration will be made on a case-by-case basis for individual requests for privacy and accommodations. Individuals with specific questions regarding overnight field trips should contact the school site administrator.

NON-DISCRIMINATION AND ACCESSIBILITY NOTICE

CCSD does not discriminate against any person on the basis of race, creed/religion, color, national or ethnic origin, sex, gender identity or expression, sexual orientation, disability, marital status or age, in admission or access to, treatment or employment, or participation in its programs and activities, and provides equal access to the Boy Scouts of America and other designated youth groups, pursuant to federal and state laws including, but not limited to, Title VI and VII of the Civil Rights Act of 1964, Title IX of the Education Amendments of 1972, Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, Title II of the Americans with Disabilities Act of 1990, the Individuals with Disabilities Education Improvement Act (IDEA), and the Boy Scouts of America Equal Access Act.

➔ I do wish for my child to take part in the school field trip.

➔ _____
Printed Name of Parent / Guardian

➔ _____
Signature of Parent / Guardian

Date

Phone: _____ Work Phone: _____

In case of emergency, contact: _____
Name Phone Number

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 trip.

Printed Name of Parent / Guardian

Signature of Parent / Guardian

Date

Distrito Escolar del Condado de Clark
PERMISO PARA EXCURSION

CCF-796
9/23

Apellido del Alumno _____ Nombre _____

Deseo que mi hijo participe en excursiones autorizadas por el Distrito Escolar del Condado de Clark. Entiendo que una persona adulta responsable supervisará a mi hijo mientras esté fuera de la escuela, esta persona tomará las medidas razonables para ofrecer protección de daños y lesiones a mi hijo.

Entiendo que esta es una actividad supervisada. Para mantener el orden, se espera que los estudiantes obedezcan las reglas, estándares e instrucciones para el comportamiento estudiantil. Yo eximo y libero de toda demanda en contra de empleados o agentes del Distrito Escolar del Condado de Clark que surjan del incumplimiento de mi hijo para permanecer bajo dicha supervisión. Si en cualquier momento el comportamiento de mi hijo es incompatible con el estándar para el comportamiento estudiantil, no se permitirá su participación en lo futuro.

En caso de que mi hijo sufra una lesión, se enferme o sufra un accidente mientras esté fuera, entiendo que la persona adulta responsable buscará atención médica para mi hijo, y que la escuela se pondrá en contacto conmigo lo más pronto posible, y que yo seré financieramente responsable por el tratamiento médico. Además, estoy de acuerdo en liberar de responsabilidad al Distrito Escolar del Condado de Clark, sus empleados y agentes por cualquier lesión o enfermedad causada por la negligencia de personas que no son empleados o agentes del Distrito Escolar del Condado de Clark, cuando dicha lesión o enfermedad suceda durante el viaje.

VIAJE CON ALOJAMIENTO FUERA DE CASA

Cuando los estudiantes asistan a un viaje con alojamiento fuera de casa, se considerarán caso por caso las solicitudes individuales de privacidad y alojamiento. Las personas con preguntas específicas respecto a los viajes con alojamiento fuera de casa deberán ponerse en contacto con el administrador del plantel escolar.

AVISO CONTRA LA DISCRIMINACION Y ACCESIBILIDAD

El CCSD no discrimina a ninguna persona en base a su raza, credo/religión, color, nacionalidad u origen étnico, sexo, identidad o expresión de género, orientación sexual, discapacidad, estatus marital o edad, para admitir o tener acceso a, tratamiento o empleo, o participar en sus programas y actividades, y proporciona acceso equitativo a los Boy Scouts of America y a otros grupos llamados grupo juveniles, en virtud de las leyes federales y estatales, incluyendo, pero sin limitarse a, Título VI, y VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964, Título IX de las Enmiendas la Ley de Educación de 1972, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Título II de la Ley de los Americanos con Discapacidades de 1990, la Ley para Mejorar la Educación para Personas con Discapacidades (IDEA), y la Ley de Igualdad de Acceso a los Boy Scouts of America.

Deseo que mi hijo participe en las excursiones escolares.

Nombre Impreso de los padres/tutores

Firma de los padres/tutores

Fecha

Teléfono: _____ Teléfono en el trabajo: _____

En caso de emergencia, contacte a: _____
Nombre Número telefónico

Por favor anote cualquier información médica, que podrá ser de ayuda (Ej., alergias, medicamentos a evitar, medicamentos actuales, etc.).

No deseo que mi hijo participe en las excursiones escolares.

Nombre Impreso de los padres/tutores

Firma de los padres/tutores

Fecha