



REQUEST TO PARTICIPATE ON A FIELD TRIP

Student Name: _____ Grade: _____ Gender: _____

School: _____

Description of Activity: LBUSD Middle School Cross Country All-City Championship @ Heartwell Park

Date of Activity: Friday, May 15, 2026, 4:00–8:00pm

Meals:
Student will be at school during lunch

Method of Transportation:
Other– Private automobile
(Parents are responsible for transportation)

I request that my child be permitted to participate in the field trip activity described above. In consideration of his/her being permitted to participate, we agree as follows:

1. I acknowledge that the activity under certain circumstances could be dangerous and that my child is not required to participate in it to receive a class grade. I expressly request my child to voluntarily participate in the activity.
2. I understand and acknowledge that as provided in part in Education Code 35330, I waive and forever release and discharge the Long Beach Unified School District, the Board of Education and its officers, employees and agents from all liability, claims, loss, cost or expense arising from or attributable to the above identified activity.

To the best of my knowledge, my child has no physical condition which would interfere with his/her ability to participate in or attend this activity or would endanger his/her health or any other student's health. I also acknowledge that my son/daughter will be involved in work-outs leading up to the event that may involve running both on and off campus after school.

Signature of Parent/Guardian

Date

(To be retained by Supervising Teacher)
MEDICAL AUTHORIZATION

Should my child need to have medical treatment while participating in this activity, I hereby give the school district personnel permission to use their judgment in obtaining medical service for my child and I give permission to the physician selected by the school district personnel to render medical treatment deemed necessary and appropriate by the physician. I understand that the school district has no insurance covering such medical or hospital costs incurred for my child and, therefore, any costs incurred for such treatment shall be my sole responsibility.

Student's Name

Emergency Telephone Number

Home Address

Home Telephone Number/ Business Telephone Number

Signature Parent/Guardian

Date

PLEASE CHECK HERE IF SPECIAL INSTRUCTIONS REGARDING MEDICAL TREATMENT ARE ON FILE WITH THE SCHOOL



PERMISO PARA PARTICIPAR EN UNA EXCURSIÓN

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____ Género: _____

Escuela: _____

Descripción de Actividad: Campeonato de campo travesía de la escuela secundaria LBUSD All-City @ Parque Heartwell

Fecha de Actividad: Viernes, 15 Mayo, 2026, 4:00–8:00pm

Comidas:
El alumno estará en la escuela durante el almuerzo

Metodo de Transportacion:
Otro– Auto privado
(Los padres son responsables del transporte)

Pido que mi hijo sea permitido participar en la excursión descrita arriba. En consideración de que sea permitido participar, acuerdo con lo siguiente:

1. Declaro que dicha actividad, bajo ciertas circunstancias, puede ser peligrosa y que a mi hijo no se le requiere participar para darle nota. Pido expresamente que mi hijo participe voluntariamente en esta actividad.
2. Entiendo y declaro de acuerdo al Código de Educación 353330, que cedo y eximo de cualquier obligación al Distrito Escolar Unificado de Long Beach, a la Junta de Educación y a sus oficiales, empleados de agentes de toda responsabilidad legal, reclamos, pérdida, costos, o gastos que se presenten o que puedan atribuirse a la actividad mencionada arriba.

Con mi mejor conocimiento declaro que mi hijo no tiene ninguna condición física la cual pueda interferir con su habilidad de participar en o asistir a esta actividad o que pueda poner en peligro su salud o la de cualquier otro estudiante. También reconozco que mi hijo/a tendrá que asistir a algunas prácticas antes del evento que incluye que mi hijo/a corra adentro o afuera del plantel escolar después de escuela.

Firma del Padre/Madre/Tutor

Fecha

(To be retained by Supervising Teacher)
AUTORIZACION MEDICA

Si mi hijo necesita tener tratamiento médico mientras participa en esta actividad, doy permiso al personal del distrito escolar de usar su juicio en obtener servicios médicos para mi hijo y doy permiso al médico seleccionado por el distrito para determinar tratamiento médico apropiado. Comprendo que el distrito no tiene aseguranza para cubrir los gastos médicos y hospitalarios de mi hijo y por lo tanto cualquier costo que ocurra de dicho tratamiento será sólo mi responsabilidad.

Nombre del Alumno

Número de teléfono de emergencia

Dirección

Número de teléfono en casa

de negocio

Firma del Padre/Madre/Tutor

Fecha

POR FAVOR MARQUE AQUÍ SI HAY INSTRUCCIONES ESPECIALES SOBRE TRATAMIENTO MÉDICO EN LOS ARCHIVOS EN LA ESCUELA