

## STAFF GUIDELINES FOR HARRISON SCHOOL DISTRICT TWO APPROVED FIELD TRIPS

For purposes of these guidelines, a field trip is defined as “any academic, athletic\*, competitive\*, instructional, performance or other District approved trip taken by District students to any location away from the student’s school.” “Field trips are a very important part of the instructional program of the district. Purposeful, well-organized and properly supervised travel experiences enable students to discover new worlds, stimulate interest in further learning, increase cultural awareness and bring historical events to life.”

**\* - For high school and middle school athletic/competitive activities different forms are required, please see your school principal or athletic director.**

All of the following required forms may be accessed on the District Two Benefits website under the heading Benefit Forms

### Field Trip Categories

<u>Forms</u>	Local field trips (within El Paso County only)	Field trips (outside El Paso County)	Field trips out of state or country
<b>Field Trip Approval Form (completed by teacher scheduling event)</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Standard Field Trip Permission (Students’ parent/guardian completes)</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Parental Field Trip Reminder Slip (Sent home to parent/guardian for them to keep)</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Health Insurance and Medical Information (Students’ parent/guardian completes)</b>	<b>Not Needed</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Parent/Guardian Consent for Emergency Treatment (Students’ parent/guardian completes)</b>	<b>Not Needed</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Durable Power of Attorney for Medical Care (Students’ parent/guardian completes)</b>	<b>Not Needed</b>	<b>Not Needed</b>	<b>X</b>

**Submit the field trip notification/authorization form to the Principal at least 10 working days prior to the field trip.**

**STAFF CHECKLIST FOR HARRISON SCHOOL DISTRICT TWO APPROVED FIELD TRIPS**

	Steps	Notes
<input type="checkbox"/>	<p><b>Building Staff Impacted:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Substitutes</b>-Inform School Secretary to identify the date(s) that a substitute(s) will be needed.</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Nurse</b>-Notify nurse 2 weeks prior to field trip to ensure students needing medication are covered.</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Cafeteria</b> – Notify cafeteria 2 weeks prior to field trip.</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Specials teachers/interventionists</b>-Notify 1 week in advance.</li> <li><input type="checkbox"/> Turn in money to office with student checklist of who has paid.</li> <li><input type="checkbox"/> Get a class list with emergency contact information. One copy for the bus driver, one copy for the teacher.</li> </ul>	
<input type="checkbox"/>	<p><b>Transportation.</b> Submit request for bus transportation to Transportation Department OR if utilizing private vehicles obtain authorization and necessary Motor Vehicle Record (MVR), proof of insurance and copies of driver’s licenses. (See District Policy EEAG.)</p>	
<input type="checkbox"/>	<p><b>Student Instruction.</b> Ensure students have been instructed on the guidelines, rules, and regulations, which will prevail during the excursion.</p>	
<input type="checkbox"/>	<p><b>Parental Approval.</b> Ensure parents have been informed concerning the demands of this specific excursion, and they have granted written permission. (The <b>Parent/Guardian Field Trip Permission Form</b> must be completed). If the field trip is outside of El Paso County, out of state or out of country then the <b>Parent/Guardian Consent to Emergency Treatment</b> must also be completed.</p>	
<input type="checkbox"/>	<p><b>Parental Reminder.</b> Send reminder to parents so they know the date, location, cost, and any additional information regarding the planned event.</p>	
<input type="checkbox"/>	<p><b>Health Records.</b> Ensure health records indicate that each pupil is physically able to participate. Parents have completed the <b>Health Insurance and Medical Information Form</b> (if applicable) providing the medical insurance information for each participating student.</p>	
<input type="checkbox"/>	<p><b>Emergency Medical Treatment.</b> Ensure parents have completed the <b>Parent/Guardian Consent for Emergency Treatment Form</b> (if applicable) granting permission for the teachers(s) in charge to hospitalize or have a student given emergency medical treatment. The <b>Durable Power of Attorney for Medical Care for Off Campus Trip</b> Form must be completed for our of state or out of country trips</p>	
<input type="checkbox"/>	<p><b>CPR/First Aid.</b> Identify the sponsor(s) or accompanying staff member(s) who are CPR/First Aid trained and provide this information to school secretary and Athletics/Activities Director. (State Requirement)</p>	
<input type="checkbox"/>	<p><b>Emergency Preparation.</b> Ensure procedure in case of emergency (illness, accident, disciplinary problems or weather related) has been established. (Attach a copy).</p>	

## CONTINUE ON BACK

<input type="checkbox"/>	<b>Call Tree.</b> Create a “telephone tree” or other means of notifying parents in case of emergency has been established. (Attach a copy).	
<input type="checkbox"/>	<b>Disabled Students.</b> If disabled students are going to travel with the group, ensure that plans have been made to meet their special needs. (IEP or 504 Plan must accompany student and attach a copy to this form.)	
<input type="checkbox"/>	<b>Logistical Support.</b> Arrange for food and personal accommodations.	

### Planning Recommendation

For trips out of state or out of country, the person in charge should consider the travel insurance package that is available through a travel agent **and advise parents of this option in writing**. The travel insurance would provide protection for last minute trip cancellation. In addition, the travel insurance would provide some coverage for accidental injury treatment and serious health issue. The travel insurance would be in addition to the health coverage for each student. Also, all students and supervisors must possess a passport if traveling out of the country.

\_\_\_\_\_  
Person in Charge/Excursion Director's Signature      Date

\_\_\_\_\_  
Principal's Approval Signature      Date

**HARRISON SCHOOL DISTRICT TWO FIELD TRIP APPROVAL FORM**  
**(COMPLETED by Teacher/Sponsor scheduling event)**

Please complete the information requested below and submit to the Building Principal for approval. All overnight trips, out-of-state, and out-of-country travel requests must be approved by the Superintendent. All out-of-state trips requesting unallocated funding must have prior approval from the Board of Education. Submit application at least three (3) weeks before a planned Off Campus Trip.

School \_\_\_\_\_ Person in Charge \_\_\_\_\_ Today's Date \_\_\_\_\_

Group/Class/Club \_\_\_\_\_ Title of Activity \_\_\_\_\_  
(Attach a detailed itinerary including names, addresses and phone numbers of locations)

**Explain the Standards/Benchmarks being fulfilled on this trip:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Destination of Off Campus Trip \_\_\_\_\_  
City State Country (if applicable)

Departure Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ Return Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

Number of school days \_\_\_\_\_ Non-school days \_\_\_\_\_ Nights \_\_\_\_\_  
(if applicable)

Number of students going on trip: Female \_\_\_\_\_ Male \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_

(Once permission slips have been received from students, provide school office with a list of students participating including names, addresses and phone numbers. Note: Check "Guidelines for Harrison School District Two Approved Field Trips" to determine other documentation required depending on field trip category.)

\*\*Name and Title of Supervisors: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*\*Name and Title of CPR/First Aid Trained Sponsors and Chaperones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describe the supervision to be provided throughout the trip: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

The student is expected and the student has been instructed:

- A. To follow all school rules and district policies. (Although away from school, they are still considered mandatory and applicable during the Off Campus Trip.)
- B. To follow instructions given by supervisors.
- C. Comply with all laws and ordinances, including but not limited to those pertaining to prohibiting the possession or use of drugs or alcohol. **Possession or use of illegal drugs or alcohol or weapons is absolutely prohibited.**

\_\_\_\_\_  
Person in Charge/Excursion Director's Signature Date

\_\_\_\_\_  
Principal's Approval Signature Date

\_\_\_\_\_  
Superintendent's Approval Signature Date  
\* ONLY IF OUT OF STATE OR OVERNIGHT

**El Distrito Escolar Harrison: Permiso para excursión de estudios**  
**(TOP SECTION TO DOTTED LINE to be COMPLETED by Teacher/Sponsor**  
**prior to being sent to parents)**

Escuela \_\_\_\_\_ Persona encargada \_\_\_\_\_ La fecha de hoy \_\_\_\_\_  
Grupo/Clase/Club \_\_\_\_\_ La fecha del evento \_\_\_\_\_  
El destino de la excursión \_\_\_\_\_  
Cuidad Estado País (si corresponde)

**La fecha de la entrega del dinero/permiso a la escuela** \_\_\_\_\_  
**El precio de la excursión (si corresponde)\$** \_\_\_\_\_

**(Padre/tutor debe llenar la siguiente parte del formulario y devolverlo a la escuela antes de la fecha del evento)**

Número de teléfono del padre/tutor: \_\_\_\_\_ ( ) Casa ( ) Trabajo ( ) Celular  
Yo, (escribe su nombre) \_\_\_\_\_ soy el padre con custodia y/o el tutor legal de:  
**(escriba el nombre del estudiante)** \_\_\_\_\_  
Yo doy permiso para este estudiante participar en la excursión escrita arriba.

**Sobre el seguro:**

Yo entiendo que el Distrito Escolar no tiene responsabilidad de asegurarme o el estudiante con respeto a la participación del estudiante en la actividad o un evento para recaudar fondos asociado con la actividad. Yo tengo la responsabilidad de obtener seguro médico, de accidente, o cualquier otro tipo de seguro que juzgo apropiado.

**¿Es responsable el Distrito Escolar para daños o heridas que pueden ocurrir durante la actividad?**

Al firmar este formulario, en representación de mi misma, el estudiante y nuestra familia y representantes, yo exonero, indemnizo y eximir al Distrito Escolar y sus empleados de y contra demandas por daños y heridas que involucran el estudiante que ocurren por medio de la mala conducta del estudiante, las acciones o omisiones de terceros, o que están relacionados con propiedad de que el Distrito Escolar no es dueño. Yo entiendo que para los propósitos de este formulario, el término “empleados” incluye los directores, empleados, sirvientes y voluntarios del Distrito Escolar.

Yo entiendo que el Distrito Escolar y sus empleados pueden tener ciertas protecciones legales y inmunidades de responsabilidad con respecto al daño de propiedad o herida personal que puede ocurrir durante la actividad o evento para recaudar fondos asociados con la actividad, y que el Distrito Escolar y sus empleados no han renunciado estas protecciones y inmunidades.

**Yo reconozco que he leído y que yo entiendo este formulario de permiso. (Lea cuidadosamente antes de firmar)**

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del padre con custodia y/o el tutor legal \_\_\_\_\_  
Su dirección, ciudad/estado/código postal \_\_\_\_\_  
Nombre del contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Números de teléfono: De casa/ De trabajo \_\_\_\_\_

**El Distrito Escolar Harrison**  
**Una nota para recordarle de la excursión escolar**  
(To be COMPLETED by Teacher/Sponsor and sent home to parent/guardian)

Escuela \_\_\_\_\_ Persona encargada \_\_\_\_\_ La fecha de hoy \_\_\_\_\_

Grupo/Clase/Club \_\_\_\_\_ La fecha del evento \_\_\_\_\_

El destino de la excursión \_\_\_\_\_

Cuidad                      Estado                      País (si corresponde)

**La fecha de entrega del dinero/la autorización a la escuela** \_\_\_\_\_

**Precio de la excursión (si corresponde) \$** \_\_\_\_\_

La clase saldrá de la escuela a las \_\_\_\_\_ y volverá a las \_\_\_\_\_.

Información adicional que los padres deben que saber:

---

---

---

---

**El Distrito Escolar Harrison: El formulario del seguro médico y la información médica  
(TOP SECTION TO DOTTED LINE to be COMPLETED by Teacher/Sponsor  
prior to being sent to parents)**

Escuela \_\_\_\_\_ Persona encargada \_\_\_\_\_ La fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ La fecha del evento \_\_\_\_\_

El destino de la excursión \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado País (si corresponde)

**(Padre/tutor debe llenar la siguiente parte del formulario y devolverlo a la escuela antes de la fecha del evento)**

Nombre de compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_

Número de póliza de seguros \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

La política de la compañía por obtener el tratamiento fuera de la región o el estado.

¿Requiere la compañía de seguros que cierto formulario está llenado en caso de emergencia?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si es necesario, por favor provea la escuela con una copia del formulario antes de la salida.

Por favor adjunte a este formulario una copia (de los dos lados) de la tarjeta de identificación del asegurado de la póliza de arriba.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre con custodia y/o el tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**INFORMACIÓN MÉDICA**

Nombre del doctor \_\_\_\_\_ Número de teléfono (día) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono de emergencia \_\_\_\_\_

Escriba todas las medicaciones que el estudiante llevará o necesitará tomar durante el viaje de arriba. Incluya también instrucciones específicas y escritas del doctor para la administración de todas medicaciones. **TODAS MEDICACIONES DEBEN PERMANECER EN SU ENVASE ORIGINAL.**

Escriba alergias, condiciones médicas o cualquier otra condición con respecto a la salud del estudiante que sea importante para el conocimiento de los empleados de la escuela.

**Por favor entienda que los empleados del Distrito Escolar Dos no están permitidos por la ley de administrar ni proveer cualquiera medicación a su hijo sin su permisión y la instrucción de un doctor. Todas medicaciones autorizadas deben estar proveídos por Usted. Los empleados del Distrito Escolar Harrison no proveerán medicaciones de cualquier tipo. Esto incluye las medicaciones sin receta como Tylenol, jarabe para la tos, antihistamínicos, antisépticos, etc. Por favor, hacer planes según esta política.**

**SIGUE AL FONDO**

# El consentimiento del padre/tutor para el tratamiento medico en caso de emergencia

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA \_\_\_\_\_ NÚMERO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

NÚMERO CELULAR \_\_\_\_\_

PREFERENCIA DE HOSPITAL/REQUISITO POR LOS SEGUROS: \_\_\_\_\_

NÚMERO EN CASO DE EMERGENCIA SI UD. NO ESTÁ EN CASA/TRABAJO O CON CELULAR:

\_\_\_\_\_

Por favor escriba los problemas importantes de la salud que pueden ser críticos a un doctor quien evalúe a su hijo en caso de emergencia:

\_\_\_\_\_

Por favor escriba alergias a medicaciones, etc. que tiene su hijo:

\_\_\_\_\_

¿Un doctor ha recetado un inhalador o Epi-Pen al estudiante?  SÍ  NO

¿El estudiante está tomando medicaciones actualmente?  SÍ  NO

Si está tomando medicaciones, ¿qué tipos? \_\_\_\_\_

¿Lleva el estudiante los lentes de contacto?  SÍ  NO

Por favor escriba la fecha de su última vacuna antitetánica: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIAS:** En el caso de que no se puede ponerse en contacto conmigo en caso de una emergencia, yo accedo que los individuos enumerados abajo pueden contratar el transporte de emergencias, incluyendo, pero no limitado a una ambulancia para el estudiante mencionado arriba en el caso de un accidente o herida si está determinado necesario por el personal del Distrito o el personal médico. Además, yo doy permiso al doctor, patrocinador del evento, profesor, representante de la escuela y otros profesionales médicos cualificados para hospitalizar, obtener tratamiento apropiado para y ordenar inyección y/o anestesia y/o cirugía para la persona mencionada arriba durante períodos de tiempo en los cuales el estudiante está ausente de su residencia legal como miembro del grupo que está participando en el evento. Adicionalmente, acepto la responsabilidad financiera de todos costos o la responsabilidad para el tratamiento medico y transporte de emergencias (por ejemplo, las ambulancias); aunque mi seguro no cobra la reclamación, y entiendo que el Distrito Escolar Harrison no es responsable de pagar los costos. En representación de mi misma y del estudiante mencionado arriba, renuncio toda responsabilidad del Distrito Escolar Harrison, sus agentes y empleados, relacionada al tratamiento medico o los costos asociados. Certifico que toda la información escrita arriba es correcta.

Firma de padre o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Relación al estudiante: \_\_\_\_\_



**Distrito Escolar Harrison**  
**Poder notarial para el cuidado medico para una excursión fuera del campus**

Yo/Nosotros, \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ (padres o tutores legales) somos residentes legales de \_\_\_\_\_

(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

o (si están en el ejército estadounidense) actualmente destacado en \_\_\_\_\_ nombro/nombramos \_\_\_\_\_, quien tiene una dirección de \_\_\_\_\_

(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

como mi/nuestro representante legal y doy a mí/nuestro representante legal el poder y la autoridad de autorizar y/o consentir al tratamiento médico en caso de emergencia o tratamiento quirúrgico en un hospital autorizado por un medico debidamente certificado para la salud y bienestar de mí/nuestro hijo, \_\_\_\_\_ (nombre completo del estudiante), si la condición de mí/nuestro hijo requiera tal tratamiento. Entiendo/entendemos que en tal caso, mí/nuestro representante legal intentará hacer contacto conmigo/con nosotros antes de autorizar y/o consentir al tratamiento de emergencia médica o tratamiento quirúrgico, si permitan el tiempo y las condiciones.

Si el tratamiento medico o quirúrgico que está considerado necesario en la situación por mí/nuestro representante legal está de acuerdo con la calidad generalmente aceptado de la práctica médica en la región para el tipo específico de herida o enfermedad involucrado, yo/nosotros no imponemos prohibiciones específicas respecto al tratamiento, a menos que están escritas específicamente abajo (si no hay prohibiciones, lo escriba abajo).

Autorizo/autorizamos a mí/nuestro representante legal para desempeñar todas acciones en la ejecución de la autorización ya mencionada con la misma validez que yo/nosotros podría/podríamos efectuar si estuviera/estuviéramos presente personalmente. Cualquier acción o cosa hecho legítimamente por mí/nuestro representante legal será vinculante sobre mí/nosotros y mis/nuestros herederos, representantes legales y personales y las personas designadas por nosotros. Yo/nosotros libro/libramos de responsabilidad nuestro representante legal de demandas por seguir este Poder Duradero para la Asistencia Médica para una Excursión Fuera del Campus ("Poder Notarial").

Todos negocios, asistencia médica o tratamiento autorizado, consentido o hecho de parte de mí/nosotros por mi/nuestro cuenta estarán autorizados, consentidos o hechos en mi/nuestro nombre, y que todos aprobaciones y instrumentos ejecutados por mi/nuestro representante legal para el propósito de ejecutar los poderes precedentes, contendrán mi/nuestro nombre, seguido del nombre de mi/nuestro representante legal con la designación "Representante Legal."

Mi/nuestro Representante Legal no incurrirán ninguna responsabilidad financiera y personal por sus acciones de acuerdo a este Poder Notarial. El Representante Legal no tendrá derecho a compensación por los servicios hechos según este Poder Notarial, pero el Representante Legal tendrá derecho al reembolso por todos los gastos razonables incurridos en consecuencia de la ejecución de las provisiones establecidos en este Poder Notarial.

La intención de este Poder Notarial es que sea válido en toda jurisdicción, doméstica o internacional, en que está presentado. Las provisiones de este Poder Notarial están separados, para que la invalidez de una o más provisiones no afectarán a las otras. Una copia de este Poder Notarial será tan válida como el original.

Este Poder Notarial será efectivo comenzando: \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, y será anulado a la conclusión de la Excursión Fuera del Campus, y en ningún caso a más tardar \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, a menos que está revocado o rescindido por mí/nosotros.

**AMBOS PADRES Y/O TUTORES LEGALES DEL HIJO ANTEDICHO DEBEN FIRMAR, SI ES APLICABLE.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre y/o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre y/o Tutor Legal

Suscrito y jurado ante mí el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_, en el Estado de Colorado, el Condado de \_\_\_\_\_.

Notario Público \_\_\_\_\_ Mi poder expira: \_\_\_\_\_

Suscrito y jurado ante mí el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_, en el Estado de Colorado, el Condado de \_\_\_\_\_.

Notario Público \_\_\_\_\_ Mi poder expira: \_\_\_\_\_