

## PASADENA INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT FINE ARTS FIELD TRIP CONSENT/MEDICAL RELEASE FORM

Your child, as a member of the school group listed below, may be required to miss class(es) to attend activities or events required by the student's participation in this group. A calendar of the year's activities will be sent home with each student.

### PRE-FILED PARENTAL/GUARDIAN PERMISSION

I agree that \_\_\_\_\_, as a member of **Pasadena High School Band**, may  
(student name) (name of group)  
miss class(es) during the year to attend activities or events required by the student's participation in this group.

\_\_\_\_\_  
Parent or Guardian (Print Name)

\_\_\_\_\_  
Date

Students will be transported to and from the location of the activities/events by school bus. NOTE: High School students may travel by private automobile to some events. A special permission form, also requiring your signature, must be on file before a student may travel in a private automobile.

### MEDICAL INFORMATION

Every effort will be made to see that your child is well taken care of; however, since we must be prepared for any situation, please complete the following:

Allergies: \_\_\_\_\_

Any medical history we should know: \_\_\_\_\_

Do we have your permission to take your child to the nearest doctor or hospital should in our opinion the situation warrant this action? \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO

The doctor on call, or doctor contacted, has full permission to treat or render emergency care: \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO

Family Doctor: \_\_\_\_\_  
(Print Name) (Phone #) (Alternate Phone #)

Please print names and phone number of nearest responsible parties:

1. \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

I UNDERSTAND THAT ALL STUDENTS ARE GOVERNED BY THE SAME RULES ON THIS TRIP AS AT SCHOOL. I ALSO UNDERSTAND THAT ANY INFRACTION MAY RESULT IN DISCIPLINARY ACTION.

\_\_\_\_\_  
Student name (printed)

\_\_\_\_\_  
Student Signature

\_\_\_\_\_  
Date

*I hereby release the Pasadena Independent School District, **Pasadena High** School, and all adult leaders from any liability and from any and all claims against them, individually or collectively, for any injuries which might be received during this field trip or activity, or in traveling to or from the trip's destination.*

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Home Phone

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Work Phone

\_\_\_\_\_  
Cell Phone

\_\_\_\_\_  
Email

**THIS FORM MUST BE FILLED OUT AND SIGNED BEFORE THE STUDENT WILL BE ALLOWED TO ATTEND ANY OFF-CAMPUS ACTIVITIES WITH THE GROUP.**

**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE PASADENA  
DEPARTAMENTO DE ARTES, FORMA DE AUTORIZACION DE EXCURSIÓN e INFORMACIÓN MEDICA**

Su hijo(a) como miembro del grupo escolar mencionado, podrá ser requerido que falte una(s) clases para atender actividades o eventos requeridos por su participación. Un calendario con las actividades del año será entregado a cada estudiante para llevar a casa.

**PERMISO PRE-LLENADO DE PADRES o GUARDIAN**

**2026-2027**

Estoy de acuerdo que \_\_\_\_\_, como miembro(a) de **Pasadena HS Band** puede faltar  
(Nombre de su hijo/hija) (Nombre del grupo)  
una(s) clases durante el año escolar para atender actividades o eventos requeridos por su participación.

\_\_\_\_\_  
Padre o Guardian (En letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Los estudiantes serán transportados a su destino de estas actividades o eventos por medio de autobus.  
ATENCION: Algunos de los estudiantes en las escuelas preparatorias llegarán a su destino por medio de un automovil privado. Una forma separada, que tambien requiere su firma, tiene que estar archivada antes que el estudiante viaje por este medio.

**INFORMACION MEDICA**

Todas las precauciones necesarias serán tomadas para que su hijo(a) sea bien cuidado, sin embargo tenemos que estar preparados para cualquier situación que se nos presente. Por favor conteste las siguientes preguntas:

Alergias: \_\_\_\_\_

Cualquier historia medica que debemos saber: \_\_\_\_\_

Tenemos su permiso de llevar a su hijo(a) al doctor o hospital mas cercano si en una situación, en nuestra opinión, justifica esta acción? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

El doctor en guardia o solicitado tiene su permiso de dar auxilio de emergencia? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

Nombre del doctor familiar: \_\_\_\_\_  
(En letra de molde por favor) (Teléfono) (Teléfono alternativo)

Por favor (en letra de molde) de el nombre y número de teléfono de las personas que se hagan responsables (aparte de usted) en caso de emergencia.

1. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**TENGO ENTENDIDO QUE TODOS LOS ESTUDIANTES EN ESTE VIAJE ESTÁN SUJETOS BAJO LAS MISMAS REGLAS COMO LAS QUE RIGEN EN LA ESCUELA. COMPRENDO QUE CUALQUIER INFRACCION DE PARTE DEL ESTUDIANTE RESULTARÁ EN UNA ACCIÓN DISCIPLINARIA.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante (En letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Yo, por este medio, renuncio el derecho de obligar al Distrito Escolar Independiente de Pasadena, **Pasadena High School** (Nombre de la escuela), y a todos los guias y adultos de toda responsabilidad y de toda demanda contra ellos, individual o en conjunto, por cualquier daño o herida que pueda recibir mi hijo(a) durante este evento o actividad, o durante el viaje de ida y venida de tal destino de esta excursión.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardian

\_\_\_\_\_  
Numero Telefonico de la casa

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Numero Telefonico del trabajo

\_\_\_\_\_  
Numero del Celular

\_\_\_\_\_  
Correo Electronico

**ESTA FORMA TIENE QUE ESTAR LLENA Y FIRMADA ANTES QUE EL ESTUDIANTE SEA PERMITIDO ASISTIR CUALQUIER ACTIVIDAD FUERA DE LA ESCUELA CON ESTE GRUPO**