WILLIAM M. HABERMEHL
County Superintendent of Schools

Inside the Outdoors® Field Program

MEDICAL RELEASE FORM

Inside the Outdoors® programs serve elementary school children with hands-on activities at various natural areas. Since the inception of the field programs in 1981, the administrators and teachers in the program have compiled an excellent safety record. Nonetheless, there are certain risks that are associated with natural areas, such as poison oak, insects, native animals (coyotes, cougars, and snakes), rocky trails, and unpredictable weather conditions.

Your child will be closely supervised at all times during his/her field experience. If you should have any questions regarding the program or care of your child, please call (714) 708-3885.

_____ _____ _____
Name of Student School District

has my (our) permission to attend *Inside the Outdoors*® programs on

_____, 20 _____ and _____, 20 _____.

I understand that I hold the Orange County Department of Education, its officers, agents, employees, and site lessors, harmless from any and all liability or claims which may arise out of or in connection with my child's participation in these activities (California Education Code Section 35330).

I (we) authorize medical treatment for my (our) child in case of an emergency. This is to include X-ray examination, anesthetic, and medical or hospital care under the general or specific supervision and advice of a licensed physician, surgeon, or dentist (Civil Code Section 25.8).

_____ _____
Signature of Parent or Guardian Date

_____ _____
Medical Insurance Carrier/Address (if child has insurance) Policy No.

Daytime telephone number(s) where you can be reached:

( ) _____ ( ) _____

If your child has a prescription bee sting allergy kit, please send it with him/her the day of participation. Someone who can administer the allergy medication must attend with your child.
Explain any medical problems your child has of which we should be aware:

_____

_____

Video and Photo Release

Promotional videos or photos are sometimes taken at the field sites. Please inform your child's teacher if you do not want your child to be included in such videos or photos. *Inside the Outdoors*® cannot be responsible for videos or photos taken by teachers, students or any other private individuals.

WILLIAM M. HABERMEHL
County Superintendent of Schools

Inside the Outdoors® Field Program

PERMISO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Inside the Outdoors® provée a los alumnos de las escuelas primarias actividades prácticas en varios medioambientes naturales. Desde su comienzo en 1981, los administradores y maestros del programa han mantenido un nivel alto de seguridad. Por supuesto hay ciertos riesgos asociados con la naturaleza del área, tales como plantas venenosas, insectos, animales oriundos (coyotes, leones de montaña, y serpientes), caminos rocosos, y cambios del tiempo imprevisibles.

Su niño(a) estará vigilado(a) **a todas horas**, durante la excursión. Si tiene alguna pregunta con respecto al programa o al cuidado de su niño(a), por favor llame al (714) 708-3885.

_____	_____	_____
Nombre del Estudiante	Escuela	Distrito

tiene mi (nuestro) permiso para asistir al *Inside the Outdoors*® el

_____ de _____ de 20 _____ y el _____ de _____ de 20 _____.

Yo (nostros) exomero (amos) y absuelvo (absolvemos) al Departmento de Educación del Condado de Orange (Orange County Department of Education), sus representantes, agentes y empleados, y al arrendado del local de todas quejas, demandas y causas de acción las cuales puedan resultar de la participación de mi hijo(a) en estas actividades (Código de Educación de California Sección 35330).

Yo (nosotros) autorizo (amos) tratamiento médico para mi (nuestro/a) niño(a) en caso de emergencia. Este permiso incluye examen de rayos X, anestesia, y cuidado médico o de hospital bajo la supervisión general o específica y el consejo de un médico cirujano, o dentista con licencia (Sección del Código Civil 25.8).

_____	_____
Firma de Padre, Madre o Tutor	Fecha
_____	_____
Seguro Médico/Dirección (si su estudiante lo tiene)	Número

Teléfono(s) de padre/madre durante el día:

( ) _____ ( ) _____

Si su hijo/a tiene alergia a los piquetes de abeja y el médico le recetó un medicamento, debe traerlo el día de excursión. Alguien que le pueda suministrar la receta debe acompañarle a su hijo/a en la excursión. Explíque por favor cualquier problema de salud que tenga su hijo(a):

_____

_____

Permiso Para Fotos y Videos

De vez en cuando se toman videos o fotos promocionales durante programas. Por favor informe a el/la masestro(a) si Ud. no quiere que su hijo(a) sea incluido(a) en tales fotos o videos. *Inside the Outdoors*® no se hace responsable por videos o fotos tomados por maestros(as), estudiantes, o cualquier otro individuo.