

Y2Y Conference 2016 Registration



Thank you for registering to attend this year's Y2Y Conference!

Date: Thursday, November 10, 2016

Conference Hours: 8:30AM - 2:30PM

Transportation: Morning bus pick-ups as early as 7:00 AM~
Afternoon bus drop-offs as late as 5:00PM

Location: The California Endowment

1000 North Alameda Street, Los Angeles, CA 90012

Questions? Please email Kelly@thelatrust.org or call 213-534-7688

Primary Adult Ally Name and Contact Information: *Reminder, LIMIT 2 adults per site (one adult must be a certified staff):

First Name

Last Name

E-mail Address

Work Phone

Cell Phone

Wellness Center Campus / SLC Name

Certificated Job Title

Additional Adult Ally

Certificated Job Title

List students who will be attending: *Min number of students 5, max number of students attending is 15.

First Name

Last Name

Grade

First Name

Last Name

Grade

First Name

Last Name

Grade

First Name

Last Name

Grade

First Name

Last Name

Grade

List of students who will be attending (Continued)

First Name

Last Name

Grade

First Name

Last Name

Grade

First Name

Last Name

Grade

First Name

Last Name

Grade

First Name

Last Name

Grade

First Name

Last Name

Grade

First Name

Last Name

Grade

First Name

Last Name

Grade

First Name

Last Name

Grade

First Name

Last Name

Grade



The L.A.
Trust

STUDENT HEALTH = STUDENT SUCCESS

Form Due, Wednesday, September 28th, 2016
Scan & email to Kelly@thelatruster.org or fax to 213-241-3305,
Attn: The L.A. Trust



**LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
REFERENCE GUIDE**

ATTACHMENT H

**PARENT'S OR GUARDIAN'S PERMISSION FOR A FIELD TRIP
AND AUTHORIZATION FOR MEDICAL CARE – TRIP SLIP**

To the Principal of School: _____
_____ has my permission to participate in the
(Student Name: please print)

field trip location: _____ on _____
Date(s)

Departure time: _____ A.M. / P.M. Return time: _____ A.M. / P.M.

Supervising Teacher (please print): _____

LUNCH

- ___ Student will be at school during lunch.
- ___ Student will be off-site during lunch

PARENT MUST CHECK OPTION BELOW:

- ___ My child is requesting a lunch from the Cafeteria,
I will send appropriate payment based on my child's meal
eligibility (free, reduced, full price)
- ___ My child will bring a sack lunch without liquid.

METHOD OF TRANSPORTATION

- ___ Student will ride on School Bus
- ___ Student will ride in Private Vehicle.
- ___ Student is **Walking**.
- ___ Other _____

_____ Date: _____
Parent or Guardian Authorization Signature

(INFORMATION TO BE COMPLETED BY PARENT AND TO BE REMOVED BY SUPERVISING TEACHER)

AUTHORIZATION FOR MEDICAL CARE

I permit the School District to transport/ house/care for my child as necessary if an (non-medical) emergency occurs during the field trip. Should it be necessary for my child to have medical care while participating in this trip, I hereby give the School District personnel permission to use their judgment in obtaining medical care for the child, and I give permission to the health care provider selected by the School District personnel to render medical care deemed necessary and appropriate by the provider. I understand that the District is responsible for the conduct or safety of a student only while the student remains under the constant, direct and immediate supervision of the field trip supervisor(s). I also understand that for field trips where constant, direct and immediate supervision isn't possible, the District requires students to be insured under separate, "Short Term 24-Hour" coverage.

Student Name: _____

Home Address: _____

Home Telephone Number: _____

Business Telephone Number: _____

Emergency Telephone Number: _____

_____ Date: _____
Authorized Signature of Parent or Guardian

_____ Parent or Guardian's Name (please print)

PLEASE CHECK HERE IF INSTRUCTIONS FOR SPECIAL MEDICAL TREATMENT FOR THE STUDENT ARE ON FILE IN THE SCHOOL.

PARENTS, PLEASE NOTE: Section 35330 of the California Education Code states in part: "All persons making the field trip shall be deemed to have waived all claims against the District or the State of California for injury, accident, illness, or death occurring during or by reason of the field trip or excursion". Accident insurance can be purchased for a minimum daily rate by contacting the school.

To be completed only upon emergency release of student to authorized parent or guardian during the trip. Student released to:
Parent or Guardian name (please print) _____ Signature _____



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT

REFERENCE GUIDE

ATTACHMENT I - Parent Permission Slip and Medical Authorization- Spanish

PERMISO POR PARTE DEL PADRE, LA MADRE, EL TUTOR O LA TUTORA PARA UNA EXCURSIÓN ESCOLAR
Y AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MÉDICA - CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN DE VIAJE

Al director o directora de la escuela _____
_____ tiene mi permiso para participar en...

(Nombre y apellido del alumno: con letra de molde por favor)

Lugar de la excursión escolar: _____ el _____

Hora de salida: _____ A.M./P.M. Hora de regreso: _____ A.M./P.M.

Maestro(a) supervisor(a) (por favor, con letra de molde):

ALMUERZO

- El alumno, o la alumna, **estará en la escuela durante el almuerzo.**
- El alumno, o la alumna, **estará fuera del plantel durante el almuerzo.**

MÉTODO DE TRANSPORTE

- El alumno, o la alumna, **camina.**
- El alumno, o la alumna irá en vehículo privado.
- El alumno, o la alumna irá en el autobús escolar.
- Otro medio de transporte _____

EL PADRE O LA MADRE DEBE MARCAR

UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

- Mi hijo(a) solicita un almuerzo de la cafetería.
Enviaré el pago apropiado con base al derecho de comida de mi hijo(a)
(gratuito, precio reducido, precio total).
- Mi hijo **traerá un almuerzo en bolsa sin líquido**

Firma de autorización del padre, la madre, el tutor o la tutora

Fecha

(LA INFORMACIÓN SERÁ LLENADA POR EL PADRE O LA MADRE, Y EL MAESTRO O MAESTRA QUE SUPERVISE LA RECOGERÁ)

AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA

Doy permiso al Distrito Escolar para transportar /alojar/ cuidar de mi hijo si fuera necesario en caso de una emergencia (no médica) durante la excursión. Si fuera necesario que mi hijo reciba atención médica durante su participación en este viaje, doy permiso al personal del Distrito Escolar para que determine por juicio propio la obtención de atención médica para el niño, y autorizo al médico seleccionado por el personal del Distrito Escolar para que le rinda atención médica si el proveedor lo considerara necesario y apropiado. Entiendo que el Distrito es responsable por la conducta o seguridad de un estudiante sólo mientras el estudiante permanezca bajo la supervisión constante, directa e inmediata del supervisor de la excursión. También, entiendo que en las excursiones donde no fuera posible una supervisión constante, directa e inmediata, el Distrito requiere que los estudiantes estén asegurados bajo una cobertura separada de "Corto Plazo por 24 horas".

Nombre y apellido del alumno: _____

Domicilio del hogar: _____

Número de teléfono en casa: _____

Número de teléfono en el trabajo: _____

Número de teléfono para emergencia: _____

Nombre y apellido del padre, la madre, el tutor o la tutora
(por favor con letra de imprenta)

Fecha: _____

POR FAVOR MARQUE CON UN X AQUÍ SI LAS INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA ESPECIAL DEL ALUMNO O ALUMNA ESTÁN EN EL EXPEDIENTE DE LA ESCUELA.

PADRES DE FAMILIA, POR FAVOR NOTEN: El artículo 35330 del Código de Educación de California declara en parte: "Se considerará que todas las personas que hagan la excursión han renunciado a todos los reclamos en contra del Distrito o el Estado de California por lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurran durante o por razón de la excursión o el viaje escolar." Se puede comprar un seguro de accidente por una cuota diaria mínima a través de la escuela. Esta institución es un entidad que proporciona oportunidades equitativas.

To be completed only upon emergency release of student to authorized parent or guardian during the trip. Student released to:

Parent or Guardian name (please print) _____ Signature _____



**Los Angeles Trust for Children’s Health
And
Los Angeles Unified School District
Guardian Publicity Authorization and Release**



Dear Parent/Guardian:

The Los Angeles Unified School District and the Los Angeles Trust for Children’s Health request your permission to reproduce through printed, audio, visual, or electronic means activities in which your pupil has participated in his/her education program. Your authorization will enable us to use specially prepared materials to (1) train teachers and/or (2) increase public awareness and promote continuation and improvement of education programs through the use of mass media, displays, brochures, websites, etc.

1. Name of Pupil (please print)

2. Birthdate (please print)

3. Name of Parent (please print)

- a. I, as a parent of or guardian of, the above named pupil fully authorize and grant the Los Angeles Trust for Children’s Health, the Los Angeles Unified School District and their authorized representatives, the right to print, photograph, record, and edit as desired, the biographical information, name, image, likeness, and/or voice of the above named pupil on audio, video, film, slide, or any other electronic and printed formats, currently developed, (known as “Recordings”), for the purposes stated or related to the above.
- b. I understand and agree that use of such Recordings will be without any compensation to the pupil or the pupil’s parent or guardian.
- c. I understand and agree that the Los Angeles Trust for Children’s Health, the Los Angeles Unified School District, and/or their authorized representatives shall have the exclusive right, title, and interest, including copyright, in the Recordings.
- d. I understand and agree that the Los Angeles Trust for Children’s Health, the Los Angeles Unified School District, and/or their authorized representatives shall have the unlimited right to use the Recordings for any purposes stated or related to the above.
- e. I hereby release and hold harmless the Los Angeles Trust for Children’s Health, the Los Angeles Unified School District and/or their authorized representatives from any and all actions, claims, damages, costs, or expenses, including attorney’s fees, brought by the pupil and/or parent or guardian which relate to or arise out of any use of these Recordings as specified above.

My signature shows that I have read and understand the release and I agree to accept its provisions.

4. Signature of Parent/Guardian

5. Date Signed

6. Address (Number, Street, Apartment Number)

7. City

8. State

9. Zip Code

10. Telephone

Granting of permission is voluntary. Please return completed form to school.

11. Principal

12. School

**Approved as to form by the
Office of the General Counsel**

This form shall not be amended without written approval of both the Office of the General Counsel and the Office of Communications / Public Information



**Fundación de Los Ángeles para la Salud de los Niños,
 Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles
 Autorización de los padres o tutores para la divulgación publicitaria**



Estimado(a) padre, madre, tutor o tutora:

La Fundación de Los Ángeles para la Salud de los Niños y El Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles, solicitan el permiso de usted para reproducir en forma impresa, auditiva, visual o electrónica actividades en las cuales su hijo(a) haya participado en su programa educativo. La autorización que usted nos otorgue nos permitirá emplear materiales preparados especialmente para (1) capacitar a los profesores o (2) para fomentar entre el público una mayor conciencia y promover un mejoramiento continuo de los programas educativos mediante el uso de los medios de comunicación, las exposiciones, los folletos, los domicilios electrónicos (*websites*) etc.

1. Nombre y apellido del (de la) estudiante (escriba por favor en letra de molde)

2. Fecha de nacimiento (escriba por favor en letra de molde)

3. Nombre y apellido del padre o la madre (escriba por favor en letra de molde)

- a. Yo, como padre, madre, tutor o tutora del (de la) alumno(a) antes mencionado(a) doy mi autorización plena y concedo al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles, la Funcación de Los Ángeles para la Salud de los Niños, y a sus representantes autorizados el derecho para imprimir, fotografiar, grabar y editar – según lo desee – la información biográfica, el nombre y apellido, las imágenes, las similitudes, o la voz del (de la) alumno(a) antes mencionado(a), en forma auditiva, en videocintas, en filmes, en dispositivas, en cualquier otra forma electrónica o en formatos impresos que actualmente se desarrollan (se les conoce como “Grabaciones”), para los propósitos antes mencionados y declarados.
- b. Entiendo y estoy de acuerdo en que el uso de tales Grabaciones se dará sin compensación alguna para los estudiantes, sus padres o sus tutores.
- c. Entiendo y estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles, la Funcación de Los Ángeles para la Salud de los Niños, y a sus representantes autorizados tendrán el derecho exclusivo, el título, el interés e inclusive el derecho de autor de las Grabaciones.
- d. Entiendo y estoy de acuerdo en que el Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles, la Funcación de Los Ángeles para la Salud de los Niños y a sus representantes autorizados tendrán el derecho ilimitado para utilizar las Grabaciones para cualquiera de los propósitos declarados o relacionados con lo antes mencionado.
- e. Por la presente exonero de toda responsabilidad civil al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles, la Funcación de Los Ángeles para la Salud de los Niños, y a sus representantes autorizados por la totalidad y cada una de las demandas, reclamos, danos y perjuicios, costos o gastos, incluso los honorarios de los abogados, que presenten los alumnos, sus padres o sus tutores en lo relacionado a lo que se haya suscitado o pudiera surgir por cualquier uso de estas Grabaciones conforme se especificó antes.

Mi firma muestra que he leído y que entiendo esta exoneración de toda responsabilidad civil, y estoy de acuerdo en aceptar sus disposiciones.

4. Firma del padre, la madre, el tutor o la tutora

5. Fecha en que se firmó

6. Domicilio (Numero de la calle, calle, numero de apartamento)

7. Ciudad

8. Estado

9. Código postal

10. Teléfono

El conceder su permiso es de carácter voluntario. Sírvase devolver a la escuela el formulario lleno.

11. Director(a)

12. Escuela

**Formulario aprobado por el
 Despacho del asesor jurídico**

Este formulario no podrá ser enmendado sin la aprobación por escrito tanto del Despacho del asesor jurídico como por la Oficina de comunicaciones e información publica.



**LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
REFERENCE GUIDE**

FIELD TRIP CHECKLIST FOR SCHOOL NURSE

*(To be completed by School Nurse and reviewed
by the Principal prior to Field Trip Approval)*

School _____ Trip/Destination _____

Teacher/Field Trip Organizer _____ Date of Field Trip _____

Date Received _____ Date Returned _____
Date received by School Nurse Date returned to Principal/Teacher/Field Trip Organizer

- Health Record Review/Update from parent/guardian (Welligent)
- Nursing care plans/emergency care plans/504 Plan provided to teacher/field trip coordinator as needed.
- Medication training completed by the employee designated to administer and maintain medications (including inhalers, Epi-pens, etc.).
- Training completed for any students needing procedures (e.g., catheterizations, tube feedings, etc.).
- Training completed for students with special medical conditions (e.g., diabetes, asthma, seizure disorders, severe allergies, cardiac condition, etc.).
- Lunch/snack arrangements have been made in consideration of students with food allergies.
- School nurse recommendations for additional supplies needed (e.g., first-aid kit, water, sunscreen, etc.).
- Recommendations made for communication (e.g., emergency cards, access to cell phones, walkie-talkies for staff during activity, etc.)
- Other medical or safety issues addressed (e.g. location of nearest emergency services including fire department, hospital, etc.).

Comments:

School Nurse Signature Date