

EXTENDED TRIP CHECKLIST

This checklist must be completed for any trip that extends overnight or transports students outside Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego and Los Angeles counties.

	DATE	BY
<i>Before formal planning, promoting, or advertising of trip</i>		
<input type="checkbox"/> Principal tentatively approves original proposal	_____	_____
<input type="checkbox"/> Principal meets with advisors to explain Trip Policy, procedures and responsibilities	_____	_____
<input type="checkbox"/> Principal approves Itinerary	_____	_____
<input type="checkbox"/> Principal approves preliminary Extended Trip Plan (Written chronology of advertising, fundraising, informational meetings, and trip)	_____	_____
<i>At least 45 days before trip (60 Days for Out-Of-State)</i>		
<input type="checkbox"/> Extended Trip Plan and Itinerary sent to Student Services	_____	_____
<i>After board approval</i>		
<input type="checkbox"/> Advertising/promotion of trip begins	_____	_____
<input type="checkbox"/> Fundraising begins	_____	_____
<input type="checkbox"/> Meetings (Purpose; Safety rules; Conduct; Chaperone Roles)		
Staff	_____	_____
Parents	_____	_____
Students	_____	_____
Chaperones	_____	_____
Deliver information to those who did not attend	_____	_____
<input type="checkbox"/> Collect/Approve Paperwork		
Permission Slip (students)	_____	_____
Chaperone Form (7-93)	_____	_____
Chaperone List (7-91-b)	_____	_____
Motor Vehicle Requests (7-92-Driver Information, ASCIP)	_____	_____
MVR (if needed)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Site administrator approves paperwork and collects all advertising/notes to parents and paperwork related to trip	_____	_____
<i>On Departure</i>		
<input type="checkbox"/> Submit to Principal/Designee		
List of students actually on trip	_____	_____
Copy of Permission Slips/Designated Chaperone Forms for all students, adults, and advisors on trip	_____	_____
<input type="checkbox"/> Take on Trip		
List of students actually on trip	_____	_____
Permission Slips/Designated Chaperone Forms for all students, adults, and advisors on trip	_____	_____
First Aid Kit and Supplies	_____	_____
Notebook containing Conduct Rules, Travel Policies, and contact information to report emergencies to Principal	_____	_____
<i>On Return</i>		
<input type="checkbox"/> Written Report on any conduct, health, or accident incidents	_____	_____
<input type="checkbox"/> File copies of materials (including permission slips and advertising information) for minimum of one year	_____	_____

FINAL APPROVAL: _____, Principal _____ Date

EXTENDED TRIP PLAN



**Allow 45 days for overnight trips or day trips outside the 5-county area • Allow 60 days for out-of-state trips
Fundraising activities may be conducted prior to Board Approval**

SCHOOL	DATES OF TRIP
STUDENT GROUP/GRADE LEVEL(S)	STAFF ADVISOR/Phone number
EVENT/DESTINATION NAME & LOCATION (Attach any available literature or brochures)	

EDUCATIONAL PURPOSE OF TRIP

PARTICIPANTS	Students	Certificated	Classified	Non Staff Adults	Name of Administrator if trip is out-of-state:
Male					
Female					
Total					

BUDGET		<i>Cost</i>	<i>Income</i>
	Transportation	\$ _____	Fundraisers
	Accommodations	\$ _____	Booster Club
	Food/Meals	\$ _____	Site Funds
	Entrance Fees	\$ _____	Donations
		\$ _____	ASB
		\$ _____	PTO/PTA
		\$ _____	
	TOTAL COSTS	\$ _____	TOTAL INCOME
			\$ _____

MAJOR FUNDRAISING ACTIVITIES AND RELATED INFORMATION			PROMOTION - When and how will trip be advertised?
<i>Activity</i>	<i>Date</i>	<i>Expected Revenue</i>	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	

INFORMATIONAL MEETING(S) - To discuss purpose of trip, safety related rules, and rules of conduct

<i>Audience</i>	<i>Date</i>	<i>Time</i>	<i>Place</i>
Staff/Chaperones/Sponsor	_____	_____	_____
Parents/Students/Staff	_____	_____	_____

How will you contact parents who do not attend above meeting?

ITINERARY

Trip Departs from _____ at _____ a.m./p.m. on _____ (date)

Trip Returns at _____ a.m./p.m. on _____ (date) Total Days _____ Total Nights _____

ACCOMMODATIONS (Must include street address and phone number)	MEAL ARRANGEMENTS

TRANSPORTATION Automobile Bus Airplane Other _____

The school requests that the Board of Education approve the request for an Extended Trip as described in this plan. It is understood that the school will comply with all Board Policies and Regulations regarding extended and overnight travel. The Principal and Advisor have met to review District Policy and school rules regarding Field Trips, Student Behavior, and Emergency Procedures.

Principal _____ Date _____	<p>Board of Education</p> <p><input type="checkbox"/> APPROVED <input type="checkbox"/> NOT APPROVED</p> <p>Meeting Date _____</p>
Director _____ Date _____	
Chief Academic Officer _____ Date _____	

PERMISSION AND INFORMATION FORM



TRIP INFORMATION

School: Beckman	Destination:	Date of Trip:
Group:	Duration: <input type="checkbox"/> Day <input type="checkbox"/> Overnight	Advisor:
Activity/Purpose:		
Departure: Date: Time:.	Return: Date: Time:.	Transportation: School Vehicle: Other:

STUDENT INFORMATION

Name:	Date of Birth:
Street Address:	
City/Zip:	Phone: Home () Parent Work: ()
Parent/Guardian Name:	
Insurance Company:	Policy #
Allergies/Medications/Medical Condition: If you have any special instructions, kindly attach an explanation and check the appropriate box.	<input type="checkbox"/> Instructions Attached <input type="checkbox"/> No Instructions Attached

EMERGENCY CONTACT *(Use a contact other than parent/guardian listed above)*

Name:	Relationship:
Street Address:	
City/Zip:	Phone: Home () Work: ()

No student shall be prevented from making the field trip or excursion because of lack of sufficient funds.

STUDENT CONDUCT

The Principal/designee has thoroughly explained the purpose of this trip, safety rules, and rules of conduct. In addition to rules and consequences established by the transportation provider, facility, or other organizer of this event, all school and district rules apply, including those related to alcohol and drug use. The consequences for violating those rules will be the same as if the violation were committed at school.

TO THE PARENTS

Please read carefully the information about the trip, itinerary, and other information provided above. Complete the contact and emergency information. Be sure to check the appropriate box and attach special medical instructions as necessary. Please note that all school rules, including those related to alcohol and drug use will apply while on this field trip. Your student will be held accountable for behavior as if he or she were at school.

LIABILITY RELEASE

As provided for in California Education Code Section 35330, the parent/guardian waives all claims against the State of California or the Tustin Unified School District, its officers, employees and agents, for injury, accident, illness or death occurring during or by reason of this trip.

MEDICAL AUTHORIZATION

In the event of any illness or injury, the parent/guardian hereby consents to whatever x-ray, examination, anesthetic, medical, dental, or surgical diagnosis and/or treatment and hospital care from a licensed physician and/or surgeon as deemed necessary for the safety and welfare of the student. It is understood that the resulting expenses will be the responsibility of the parent/guardian and the school or district does not provide medical coverage for participants in this activity.

I have been informed about this field trip and agree to the Student Conduct, the Liability Release and Medical Authorization.

Parent/Guardian Signature

Date

Student Signature

Date

FORMA DE PERMISO E INFORMACIÓN



INFORMACIÓN SOBRE LA EXCURSIÓN

Escuela:	Lugar de Destino:	Fecha de la Excursión:
Grupo:	Duración: <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Noche	Asesor:
Actividad/Propósito:		
Salida: Fecha: Hora:	Regreso: Fecha: Hora:	Transportación: Vehículo Escolar: Otro:

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Domicilio:	
Ciudad/Código Postal:	Teléfono: Hogar () Trabajo del Padre/Madre: ()
Nombre del Padre/Madre/Guardián:	
Compañía del Seguro Medico:	No. de Póliza:
Alergias/Medicamentos/Condición Médica: Si se tiene alguna instrucción especial, favor de anexar una hoja con la información y seleccionar las secciones apropiadas.	<input type="checkbox"/> Instrucciones anexas <input type="checkbox"/> No Instrucciones anexas

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA (Anoten un contacto que no sea la persona nombrada anteriormente)

Nombre:	Parentesco:
Domicilio:	
Ciudad/Código Postal:	Teléfono: Hogar () Trabajo: ()

A ningún estudiante se le debe prevenir que realice la excursión debido a falta de fondos monetarios.

CONDUCTA DEL ESTUDIANTE

El Director/persona encargada ha dado una explicación detallada del propósito de esta excursión, las reglas de seguridad, y las reglas de conducta. Además de las reglas de conducta y las consecuencias establecidas por el proveedor de transportación, facilidades, u organizador de este evento, todas las reglas del distrito y escuelas aplican, incluyendo aquellas relacionadas con el consumo del alcohol y drogas. Las consecuencias por violar estas reglas serán las mismas como si la violación fuese realizada en la escuela.

A LOS PADRES

Por favor lean cuidadosamente la información acerca de la excursión, itinerario, y cualquier otra información mencionada. Llenen la información de contactos y emergencia. Cerciérense de seleccionar en los espacios apropiados y anexar cualquier instrucción especial sobre el cuidado médico si es necesario. Por favor observen que todas las reglas de la clase, incluyendo aquellas relacionadas con el consumo de alcohol y drogas se aplicarán mientras se encuentren en esta excursión. Su estudiante será responsable del comportamiento como si estuviese en la escuela.

LIBERAR DE RESPONSABILIDAD

Tal y como lo proporciona el Código Educacional de California, Sección 35330, el padre/madre/guardián libera de toda culpa al Estado de California o al Distrito Escolar Unificado de Tustin, sus funcionarios, empleados y agentes, por lesión, accidente, enfermedad, o muerte ocurrida durante o por motivos de la excursión.

AUTORIZACIÓN MÉDICA

En el dado caso de una enfermedad o lesión, el padre/madre/guardián, mediante la presente, otorga su consentimiento a recibir cualquier rayos x, examen, anestesia, diagnóstico y/o tratamiento médico, dental, y quirúrgico, y cuidado de hospital por parte de un médico y/o cirujano acreditado según se crea necesario por la seguridad y bienestar del estudiante. Se entiende que los gastos que resulten serán la responsabilidad del padre/madre/guardián y la escuela o distrito no proporciona cobertura médica para los participantes en esta actividad.

Se me ha informado acerca de esta excursión y estoy de acuerdo con la Conducta del Estudiante, Liberar de Responsabilidad, y la Autorización Médica.

Firma del Padre/Madre/Guardián

Fecha

Firma del Estudiante

Fecha

CHAPERONE FORM



TRIP INFORMATION

School:	Destination:	Date of Trip:
Group:	Duration: Day <input type="checkbox"/> Overnight	Advisor:
Departure: Date: time	Return: Date: time	Transportation: School Vehicle: Other:

CHAPERONE INFORMATION

Name:	TUSD Employment: <input type="checkbox"/> TUSD Certificated <input type="checkbox"/> TUSD Classified NOT a TUSD Employee
Street Address:	
City/Zip:	Phone: Home () Work: ()
Parent/Guardian Name:	
Insurance Company:	Policy #:
Allergies/Medications/Medical Condition: If you have any special instructions, kindly attach an explanation and check the appropriate box.	<input type="checkbox"/> Instructions Attached <input type="checkbox"/> No Instructions Attached

CHAPERONE EMERGENCY CONTACT

Name:	Relationship:
Street Address:	
City/Zip:	Phone: Home () Work: ()

CHAPERONE RESPONSIBILITIES

The Principal/designee has thoroughly explained the purpose of the specific field trip or competitive event for which I am the designated chaperone. The Principal/designee has clearly informed me about my duties and responsibilities as a designated chaperone. The Principal/designee has given me a copy of the Trip/Travel Administrative Regulations (6174) which I have read and understand. As a designated chaperone, I agree to fulfill my duties as outlined by the Principal/designee and to fulfill all supervision requirements as listed in Regulation 6174. I understand that I may not consume alcoholic beverages or use controlled substances while on this trip.

LIABILITY RELEASE

As provided for in California Education Code Section 35330, I waive all claims against the State of California or the Tustin Unified School District, its officers, employees and agents, for injury, accident, illness or death occurring during or by reason of this trip.

MEDICAL AUTHORIZATION

In the event of any illness or injury, the parent/guardian hereby consents to whatever x-ray, examination, anesthetic, medical, dental, or surgical diagnosis and/or treatment and hospital care from a licensed physician and/or surgeon as deemed necessary for my safety and welfare. It is understood that the resulting expenses will be the responsibility of the participant.

My signature below indicates that I have been informed of my responsibilities as a chaperone, and agree to the Liability Release and Medical Authorization.

Signature

Date

FORMA DEL CHAPERÓN



INFORMACIÓN DE LA EXCURSIÓN

Escuela:	Lugar de Destino:	Fecha de la Excursión:
Grupo:	Duración: <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Noche	Asesor:
Actividad/Propósito:		
Salida: Fecha: Hora:	Regreso: Fecha: Hora:	Transportación: Vehículo Escolar: Otro:

INFORMACIÓN DEL CHAPERÓN

Nombre:	Empleados de TUSD: <input type="checkbox"/> Certificados de TUSD <input type="checkbox"/> Clasificados de TUSD <input type="checkbox"/> No es un empleado de TUSD
Domicilio:	
Ciudad/Código Postal:	Teléfono: Hogar () Trabajo: ()
Nombre del Padre/Madre/Guardián:	
Compañía del Seguro Medico:	No. de Póliza:
Alergias/Medicamentos/Condición Médica: Si se tiene alguna instrucción especial, favor de anexar una hoja con la información y seleccionar las secciones apropiadas.	<input type="checkbox"/> Instrucciones anexas <input type="checkbox"/> No Instrucciones anexas

CONTACTO DEL CHAPERÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre:	Parentesco:
Domicilio:	
Ciudad/Código Postal:	Teléfono: Hogar () Trabajo: ()

RESPONSABILIDADES DE CHAPERÓN

El director/persona encargada ha explicado con detalles el propósito de la excursión especificada o evento competitivo al cual yo soy el chaperón designado. El director/persona designada me ha informado claramente acerca de mis deberes y responsabilidades como chaperón. El director/persona designada me ha entregado una copia de las Regulaciones administrativas de las excursiones/viajes (6174), las cuales he leído y entiendo. Como chaperón designado, estoy de acuerdo en asumir mis deberes tal y como se describen por el director/persona designada y asumir todos los requerimientos de supervisión tal y como se describen en la Regulación 6174. Entiendo que no puedo consumir bebidas alcohólicas o consumir sustancias controladas mientras me encuentre en esta excursión.

LIBERAR DE RESPONSABILIDAD

Tal y como lo proporciona el Código Educacional de California, Sección 35330, el padre/madre/guardián libera de toda culpa al Estado de California o al Distrito Escolar Unificado de Tustin, sus funcionarios, empleados y agentes, por lesión, accidente, enfermedad, o muerte ocurrida durante o por motivos de la excursión.

AUTORIZACIÓN MÉDICA

En el dado caso de una enfermedad o lesión, el padre/madre/guardián, mediante la presente, otorga su consentimiento a recibir cualquier rayos x, examen, anestesia, diagnosis y/o tratamiento médico, dental, y quirúrgico, y cuidado de hospital por parte de un médico y/o cirujano acreditado según se crea necesario por la seguridad y bienestar del estudiante. Se entiende que los gastos que resulten serán la responsabilidad del padre/madre/guardián y la escuela o distrito no proporciona cobertura médica para los participantes en esta actividad.

Mi firma a continuación indica que he sido informado de mis responsabilidades como chaperón, y estoy de acuerdo con las Autorizaciones de Liberar de Culpa y Servicios Médicos.

Firma

Fecha

EXTENDED TRIP ITINERARY



Event: _____

Organization: _____ Location: _____

DAY			
7:00 am			
8:00 am			
9:00 am			
10:00 am			
11:00 am			
Noon			
1:00 pm			
2:00 pm			
3:00 pm			
4:00 pm			
5:00 pm			
6:00 pm			
7:00 pm			
8:00 pm			
9:00 pm			
10:00 pm			
11:00 pm			

TRIP/TRAVEL CHAPERONE LIST



Names of Certificated Employees

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Names of Classified Employees

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Names of Designated Non-Staff Chaperones

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

**DESIGNATED STAFF OR
VOLUNTEER DRIVER INFORMATION**



DRIVER INFORMATION

Name:		Date of Birth:
Street Address:		
City/Zip:	Phone: Home ()	Work: ()
Driver's License Number:		Expiration Date:
*****Please attach a current copy of Driver's License and insurance card.		

VEHICLE INFORMATION

Make:	Model:	Year:
Vehicle License Number:		
Registered Owner:	Phone: Home () Work: ()	
Address		

INSURANCE INFORMATION

Insurance Carrier:		
Insurance Agent:	Phone:	
Address:		
Policy Number:	Date of Issue:	Expiration Date:
Limits of Liability:		

I certify that the information given on this form is true and correct to the best of my knowledge. I understand that as a volunteer driver, I must possess a valid driver's license, have a proper and current license and vehicle registration, and have at least the minimum insurance coverage in effect as specified in the California Vehicle Code on any vehicle used to transport students.

I certify that my vehicle is in good mechanical condition, e.g., brakes have been checked at appropriate intervals.

I give my permission to allow the Tustin Unified School District to obtain my motor vehicle record from the Department of Motor Vehicles.

Driver's Signature

Date

Print Name

**INFORMACIÓN DEL PERSONAL DESIGNADO
O DEL CONDUCTOR VOLUNTARIO**



INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR

Nombre:		Fecha de Nacimiento:	
Domicilio:			
Ciudad/Código Postal:	Teléfono: Hogar ()	Trabajo: ()	
Número de la Licencia del Conductor:		Fecha de Vencimiento:	
Por favor anexe una copia de su licencia de conducir vigente.			

INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO

Marca:	Modelo:	Año:
Número de Licencia del Vehículo:		
Dueño del Registro:	Teléfono: Hogar () Trabajo: ()	
Domicilio		

INFORMACIÓN DEL SEGURO DE AUTO

Proveedor de Seguro:		
Agente de Seguro:	Teléfono:	
Domicilio:		
Número de Póliza:	Fecha de Emisión:	Fecha de Vencimiento:
Límite de Obligación:		

Yo certifico que la información dada es verídica y correcta según mí entender. Entiendo que como conductor voluntario debo poseer una licencia de manejo vigente al igual que un registro válido del vehículo, y tener por lo menos la cobertura mínima de seguro de auto requerida por el Código del Vehículo de California en cualquier vehículo utilizado para transportar estudiantes.

Yo certifico que mi vehículo está en buena condición mecánica, los frenos han sido inspeccionados bajo el intervalo de tiempo apropiado.

Doy mi permiso para que el Distrito Escolar Unificado de Tustin obtenga mi información del registro de mi automóvil del Departamento de Vehículos Motorizados.

Firma del Conductor

Fecha

Escriba su nombre con letra de molde

**ALLIANCE OF SCHOOLS FOR COOPERATIVE INSURANCE PROGRAMS
(ASCIP)**

MOTOR VEHICLE RECORDS REQUEST (MVR)

DATE: 6/5/10

FROM: Foothill High School

TO: ASCIP – Nancy Lopez
Bloomfield Avenue
Cerritos, CA 90703
Phone: (562) 404-8029
Fax: (562) 404-8038

District: TUSD
Requestor: Michele Boudreaux
Phone: (714)730-7487
Fax: (714)5739376

PLEASE OBTAIN MVR'S ON THE FOLLOWING INDIVIDUALS:
(the requestor certifies that each driver listed herein has granted their permission to perform a DMV history check and for ASCIP to provide that information to their District:

(Type or Print Very Clearly)

Name (Last, First M.I.)	Date of Birth	Driver's License Number <i>(attached a copy of Driver's License, if available)</i>	State
<i>Example, Paul</i>	<i>6/25/71</i>	<i>A2354101</i>	CA
			CA
			CA
			CA

THIS INFORMATION IS NEEDED BY: 6/11/10 Girl's Basketball,



Please fax or mail this form
Alliance of Schools for Cooperative Insurance Programs
16550 Bloomfield Avenue, Cerritos, CA 90703 (562) 404-8029