

Golden Plains

Ashley Arnberger, Superintendent

Travis Smith, Administrative Assistant

335 School Street-PO Box 100 Rexford, Ks 67753-0100

785-687-3265 Fax (785) 687-2285

Unified School District 316

I, _____, the parent and legal guardian of
_____ give my consent for my child to participate
in the activity described here:

Routine Trips during the 2023-2024 School Year

on February 20th. I further give my legal consent and authorize any representative of USD #316, Golden Plains School, to authorize emergency medical treatment, including any necessary surgery or hospitalization, for my above-named child, for any injury or illness of an emergency nature he/she incurred while participating in the activity noted above by any physician or dentist licensed in accordance with the provisions of the Kansas Healing Arts Act, K.S.A. 65-2801, and any hospital. I agree to pay and assume all responsibility for medical and hospital expenses and any emergency services incurred on behalf of my child. I acknowledge and agree that USD #316, Golden Plains Schools, is not responsible for any medical, hospital expenses and/or charges that are incurred in the medical treatment or hospitalization of my child. A photocopy of this document shall have the same force and effect as the original. If my child requires emergency medical treatment, I understand that school personnel will make a reasonable attempt to contact me to seek my permission to authorize that treatment. To facilitate contacting me, I agree to continue to provide current work and home phone numbers to the school.

Signed: _____ (Parent/Legal Guardian)

Date: _____

Golden Plains

Ashley Arnberger, Superintendente

Travis Smith, asistente administrativo

335 School Box calle PO-100 Rexford, Kansas 67753-0.100

785-687-3265 Fax (785) 687-2285

Distrito Escolar Unificado de 316

I, _____, el padre o tutor legal de
_____ dar mi consentimiento para que mi hijo
participe en la actividad descrita aquí:

Viajes de rutina durante el año escolar 2023-2024

Además, doy mi consentimiento legal y autorizo a cualquier representante de USD # 316, Plains School de oro, para autorizar el tratamiento médico de emergencia, incluyendo cualquier tipo de cirugía necesaria o la hospitalización, para mi niño mencionado anteriormente, por cualquier lesión o enfermedad de carácter de emergencia que él / incurrió durante su participación en la actividad que se indica por parte de cualquier médico o dentista con licencia de acuerdo con las disposiciones de la Ley de Kansas Healing Arts, KSA 65-2801, y cualquier hospital. Estoy de acuerdo en pagar y asumir toda la responsabilidad de los gastos médicos y hospitalarios y cualquier servicio de emergencia incurrido en nombre de mi hijo. Reconozco y acepto que USD # 316, Escuelas Llanuras de oro, no es responsable de cualquier gastos médicos, hospitalarios y / o los costos derivados en el tratamiento médico u hospitalización de mi hijo. Una fotocopia de este documento tendrá la misma fuerza y efecto que el original. Si mi hijo requiere tratamiento médico de emergencia, entiendo que el personal de la escuela hará un intento razonable para ponerse en contacto conmigo a buscar mi permiso para autorizar dicho tratamiento. Para facilitar el contacto conmigo, estoy de acuerdo en seguir proporcionando los números de teléfono de trabajo y el hogar actual a la escuela.

Firmado: _____ (padre / tutor legal)

Fecha: _____