

TEACHER NAME: _____

CALIFORNIA STATE PTA
PARENT'S APPROVAL AND STUDENT WAIVER

_____ has my (our) permission to participate in **Las Lomas PTA Activities for the 2013-4** school year at **Las Lomas Elementary school from 8:00am – 3:30pm**. I (we) as parent(s) or guardian(s) of the minor, do hereby, for my (our) child, myself, my (our) heirs, executors and administrators, remise, release and forever discharge Las Lomas PTA, 17th PTA District and the California State PTA, and all PTA officers, employees and agents of each of the foregoing, acting officially otherwise, from any and all claims, demands, actions or causes of action on account of the referred. I hereby certify the minor is my (our) child and that his/her date of birth is _____, and I (we) do hereby certify that to the best of my (our) knowledge and belief said minor is in good health. In case of illness or accident, permission is granted for emergency treatment to be administered. It is further understood that the undersigned will assume full responsibility for any such action, including payment of costs. I (we) hereby advise that the above named minor has had the following allergies, medicine reactions or unusual physical condition which should be made known to a treating physician. If none, please write the word "none".

_____.

Signature Print Name

Address City Phone

Signature Print Name

Address City Phone

**PLEASE RETURN THIS FORM TO THE OFFICE NO LATER
THAN FRIDAY, SEPTEMBER 6th.**

NOMBRE DE MAESTRO(A): _____

CALIFORNIA STATE PTA

Aprobacion de los Padres y Renuncia del Estudiante

_____ tiene mi (nuestro) permiso para participar en **Las Lomitas PTA** activida del **2013-4** escuela este ano **Las Lomitas Elementary** alas **8:00am – 3:30pm**. Yo (nosotros), como padre(s) o guardian(es) del menor, por la presente, por mi CHILD, a mi mismo, mis herederos, ejecutores y administradores, liberta y descarga para siempre a Las Lomitas PTA, 17th PTA District y a California State PTA, y a todos los oficiales de PTA, empleados y agents de todos estos grupos funcionando o no funcionando en su capacidad oficial, de todos los danos y causas de accion en cuenta del referente. Por esto certifico que el menor es mi CHILD y que su fecha de nacimiento es _____, y por la presente certifico que el menor esta bien de salud. En caso de accidente o enfermedad, tiene permiso para obtener tratamiento de emergencia. Yo acepto toda responsabilidad por estas acciones inclutendo los gastos. Les aviso que el mencionado menor tiene las siguientes alergias, reacciones a medicacion or condicion fisica que se le debe hacer saber al medico que atienda a mi CHILD. (En caso de que no haya nada, favor de escribir “nada”.) _____.

Firma (en letra de molde escriba su nombre)

(en letra de molde escriba su direccion, ciudad y telefono)

Firma (en letra de molde escriba su nombre)

(en letra de molde escriba su direccion, ciudad y telefono)

**POR FAVOR DEBOLVER ESTA FORMA A LA OFICINA NO MAS TARDE
DEL VIERNES 6 DE SEPTIEMBRE.**