



Emerald Cove
OUTDOOR SCIENCE INSTITUTE

RETURN TRIP

(To be kept by classroom teacher)

In case of emergency while on the return trip from ECOS Institute, I authorize medical treatment for my child _____. This is to include X-ray examination, anesthetic, and medical or hospital care under the general or special supervision and advice of a licensed physician, surgeon, or dentist. (Civil Code section 25.8)

Please give medical treatment to my child, if necessary. Yes No

If no, provide instructions: _____

Parent's/Legal Guardian's Name Parent's/Legal Guardian's Signature Date

In case of emergency on return trip:

Home Phone () _____ Work Phone () _____ Cell Phone () _____

School _____ District _____

Revised 08/14



Emerald Cove
OUTDOOR SCIENCE INSTITUTE

RETURN TRIP

(To be kept by classroom teacher)

In case of emergency while on the return trip from ECOS Institute, I authorize medical treatment for my child _____. This is to include X-ray examination, anesthetic, and medical or hospital care under the general or special supervision and advice of a licensed physician, surgeon, or dentist. (Civil Code section 25.8)

Please give medical treatment to my child, if necessary. Yes No

If no, provide instructions: _____

Parent's/Legal Guardian's Name Parent's/Legal Guardian's Signature Date

In case of emergency on return trip:

Home Phone () _____ Work Phone () _____ Cell Phone () _____

School _____ District _____

Revised 08/14



Emerald Cove
OUTDOOR SCIENCE INSTITUTE

VIAJE DE REGRESO

(Los maestros guardan este formulario.)

En caso de emergencia durante el viaje de regreso de ECOS Institute, autorizo tratamiento médico para mi hijo/a _____. Esto incluye examinación con rayos X, anestesia y tratamiento médico en un hospital bajo la supervisión y consejo general o especial de un médico, cirujano o dentista titulado. (Código Civil sección 25.8)

Por favor, déle tratamiento médico a mi hijo/a si es necesario. Sí No

Si no, dénos instrucciones: _____

Nombre del Padre/Tutor Legal Firma del Padre/Tutor Legal Fecha

En caso de emergencia durante el viaje de regreso:

Teléfonos: casa () _____ trabajo () _____ celular () _____

Escuela _____ Distrito _____

Revised 08/14



Emerald Cove
OUTDOOR SCIENCE INSTITUTE

VIAJE DE REGRESO

(Los maestros guardan este formulario.)

En caso de emergencia durante el viaje de regreso de ECOS Institute, autorizo tratamiento médico para mi hijo/a _____. Esto incluye examinación con rayos X, anestesia y tratamiento médico en un hospital bajo la supervisión y consejo general o especial de un médico, cirujano o dentista titulado. (Código Civil sección 25.8)

Por favor, déle tratamiento médico a mi hijo/a si es necesario. Sí No

Si no, dénos instrucciones: _____

Nombre del Padre/Tutor Legal Firma del Padre/Tutor Legal Fecha

En caso de emergencia durante el viaje de regreso:

Teléfonos: casa () _____ trabajo () _____ celular () _____

Escuela _____ Distrito _____

Revised 08/14