

# Cabin Leader Registration Packet

## *Santa Cruz County Outdoor Science School*

Thank you for volunteering with us!

**Cabin Leader Training begins at 6:30pm the evening on the date you are scheduled to arrive and pickup is 12:00pm on departure day.** On arrival evening, arrive with forms already filled out at 6:30pm. You can come as early as 6:15pm, but make sure you are here no later than 6:45. Pickup is 12:00pm departure day- PLEASE be on time. When you arrive on site, park in the front parking lot and wait for the Cabin Leader Coordinator to check you in. Please have your luggage out of your vehicle and make sure your driver waits with you until you are checked in.

Please complete the required forms in the Registration Packet, scan (or take photos with your phone) and email it to [cabinleaderinfo@santacruzcoe.org](mailto:cabinleaderinfo@santacruzcoe.org). Bring the paper copy with you to Training.

- Student Registration and Health Form English/Spanish (**Required**)
- Reference Letter (**Required**)
- Allergy and Anaphylaxis Action Plan English/Spanish (**For students with an Epi-Pen**)
- Physician and Parent Authorization to Administer Medication English/Spanish (**For all over the counter or prescription medication**)
- Cabin Leader Code of Conduct (**Read only**; you will sign this during Training)
- Packing List
- Driving Directions to Koinonia Conference Grounds

### **Reminders:**

- *WIFI capable devices, gaming consoles, video & mp3 players, etc. should be left at home*
- *Cell phones will be collected at registration and returned on departure day. We have a land line you can use to make calls during the week*
- *Please print our driving directions included in this packet. There is no cell phone service in the area and GPS is unreliable*
- **Eat dinner before Training**

If you need to contact us call or text (831) 291 – 3997. Our office phone is (831) 722 – 8222 and can be used for emergencies while your child is on campus.

### **\*\*IMPORTANT\*\***

A Physician's signature and a parent/guardian's signature are required for all medication – including over the counter and prescription medication. We are not authorized to administer over the counter medication without a physician's signature.

### **\*\*IMPORTANTE\*\***

Se requiere la firma de un doctor y los padres o custodios para administrar todos los medicamentos – incluso los de venta libre y los de venta bajo receta. No estamos autorizados para administrar ningún tipo de medicamento sin la firma de un doctor.

# Reference Letter

## Santa Cruz County Outdoor Science School

*To be completed by a teacher, administrator, coach, or employer who is not a family member*

Briefly describe why the student is qualified to be a Cabin Leader for 5<sup>th</sup> and 6<sup>th</sup> grade students at the Santa Cruz County Outdoor Science School. A few hand-written sentences are fine.

How long have you known the applicant? \_\_\_\_\_ Years \_\_\_\_\_ Months

Reference's Name & Title: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

## Santa Cruz County Outdoor Science School STUDENT REGISTRATION AND HEALTH FORM

Please Print

Name of Student (last)	(First)	(Middle Initial)	Male	Female	Date of Birth
School	District		Teacher		
Home Address (Street)	(City)	(Zip Code)	Home Phone ( )		
Parent/Guardian #1 Name	Work Phone ( )	Cell Phone/Pager ( )			
Parent/Guardian #2 Name	Work Phone ( )	Cell Phone/Pager ( )			
Family Medical Insurance Carrier:	Group #	I.D. #			
Name of Family Physician			Physician's Telephone ( )		

### PERSONS TO CONTACT IN AN EMERGENCY IF PARENTS CANNOT BE REACHED

Name	Relationship to Student	Home Phone ( )	Cell Phone ( )
Name	Relationship to Student	Home Phone ( )	Cell Phone ( )

#### PERMISSION TO PHOTOGRAPH/VIDEOTAPE: (Please check box below)

I hereby authorize the Santa Cruz County Office of Education full and absolute permission to take, or contract with others to take, photographs or video of my child. Such photographs or video may be published in any media form by the Santa Cruz County Office of Education for educational and/or public information purposes without compensation or liability from such use.

### STUDENT HEALTH INFORMATION

**Does student have a recent history of any of the following conditions? Please check ALL that apply and briefly explain below**

<p>A <input type="checkbox"/> ADHD</p> <p>B <input type="checkbox"/> Allergies</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Bee stings/insect bites (circle)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Food</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Hay fever</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Medication</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Other (explain below)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Anaphylaxis to any of the above allergies</p> <p>C <input type="checkbox"/> Asthma</p> <p>D <input type="checkbox"/> Bedwetting (send extra bedding)</p> <p>E <input type="checkbox"/> Bowel problems</p> <p>F <input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p>G <input type="checkbox"/> Epilepsy or seizure disorder</p> <p>H <input type="checkbox"/> Exposure to any contagious disease (e.g. chicken pox, measles, etc.) during the last month</p>	<p>J. <input type="checkbox"/> Fainting</p> <p>K. <input type="checkbox"/> Headache</p> <p>L. <input type="checkbox"/> Homesickness</p> <p>M. <input type="checkbox"/> Nosebleeds</p> <p>N. <input type="checkbox"/> Recent broken bone or surgery</p> <p style="padding-left: 20px;">Body part affected _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Date of injury/surgery _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Activity restrictions _____</p> <p>O. <input type="checkbox"/> Recently Ill (please explain below)</p> <p>P. <input type="checkbox"/> Restriction of strenuous activity (hiking, running games, etc)</p> <p>Q. <input type="checkbox"/> Sleep walking</p> <p>R. <input type="checkbox"/> Special diet required (e.g. vegetarian, no pork, please explain below)</p>
--	---

**Briefly explain all items checked above** (refer to each item by preceding letter) and explain any other health issues not listed above (use additional paper if necessary).

---



---

1.  Yes  No Does your child take ANY prescription or non-prescription medicine on a regular basis? If yes then please supply the pertinent information on the Physician and Parent Authorization to Administer Medication form.

**\*\*Please be aware that a Physician's signature is required for prescription medication AND non-prescription medication\*\***

#### PARENT/GUARDIAN CONSENT AND MEDICAL AUTHORIZATION

\_\_\_\_\_ (child's name) has my permission to participate in the Santa Cruz County Outdoor Science School Program in conjunction with their regular school program. My child is in good health, as indicated and I accept financial responsibility for my child's attendance. I hereby authorize medical and/or surgical care to be provided for my child in the unlikely event of an emergency which may occur while being transported to and from the Outdoor School and/or while participating in the Outdoor School Program. (In the event of an emergency, parent/guardian will be notified as soon as possible). As stated in California Educational Code Section 35330, I understand that I hold Santa Cruz County Office of Education, its officers, agents and employees, harmless from any and all liability or claim which may arise out of or in connection with my child's participation in outdoor science school. I fully understand that participants are to abide by all rules and regulations governing conduct during all activities. Any violation of these rules and regulations may result in that individual being sent home at the expense of his/her parent/guardian. No refunds will be issued for students who depart from the outdoor science school early due to discipline issues. It is the responsibility of the parent or guardian to pick up a student sent home for any reason.

SIGNATURE of PARENT/LEGAL GUARDIAN \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por Favor Letra de Molde

Apellido del/la Estudiante	(Nombre)	Hombre / Mujer	Fecha de Nacimiento
Escuela	Distrito		Maestro/a
Domicilio (Calle)	(Ciudad)	(código postal)	Teléfono de Casa ( )
Padres/Guardián #1 Nombre	Teléfono del Trabajo ( )	Teléfono Celular ( )	
Padres/Guardián #2 Nombre	Teléfono del Trabajo ( )	Teléfono Celular ( )	
Nombre del Seguro Médico Familiar:	Grupo #	I.D. #	
Nombre del Doctor Familiar			Teléfono de su Medico ( )

**PERSONAS QUE CONTACTAR EN CASO QUE NO SE PUEDAN LOCALIZAR LOS PADRES EN UNA EMERGENCIA**

Nombre	Relación con el/la Estudiante	Teléfono de Casa ( )	Teléfono Celular ( )
Nombre	Relación con el/la Estudiante	Teléfono de Casa ( )	Teléfono Celular ( )

**PERMISO PARA SER FOTOGRAFIADO O GRABADO: (Favor de rellenar el cuadro)**

Por la Presente le Autorizo a la Oficina de Educación del Condado de Santa Cruz completo y absoluto permiso de tomar, o contratar a otros para que tomen, fotografías y/o video de mi hijo o hija. Tales fotografías y/o videos pueden ser publicados en cualquier medio de comunicación por la Oficina de Educación del Condado de Santa Cruz sea para fines educativos y/o de información pública sin requerimiento de compensación u obligación hacia mí.

**INFORMACIÓN DE SALUD DEL/LA ESTUDIANTE**

**¿Tiene el o la estudiante un historial reciente de cualquiera de las siguientes condiciones? Favor de marcar todas las opciones correspondientes y explicar brevemente enseguida.**

A <input type="checkbox"/> ADHD o Déficit de atención con Hiperactividad	J. <input type="checkbox"/> Desmayos
B <input type="checkbox"/> Alergias	K. <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza
<input type="checkbox"/> Piquetes de Abeja/Mordeduras de Insectos (circule)	L. <input type="checkbox"/> Nostalgia Hogareña
<input type="checkbox"/> Alimentos	M. <input type="checkbox"/> Hemorragias Nasales
<input type="checkbox"/> Fiebre al Heno	N. <input type="checkbox"/> Huesos Fracturados Recientemente o Cirugía
<input type="checkbox"/> Medicamentos	Parte del Cuerpo afectada _____
<input type="checkbox"/> Otra (favor de explicar en el espacio de abajo)	Fecha de Lesión o cirugía _____
<input type="checkbox"/> Anafilaxia a cualquiera de las alergias mencionadas	Actividades Restringidas _____
C <input type="checkbox"/> Asma	_____
D <input type="checkbox"/> Moja la Cama (favor de mandar cobijas extras)	O. <input type="checkbox"/> Resfriado o enfermo/a (por favor explique)
E <input type="checkbox"/> Problemas intestinales	P. <input type="checkbox"/> Restricción de actividades extenuantes (senderismo, juegos de correr, etc.)
F <input type="checkbox"/> Diabetes	Q. <input type="checkbox"/> Sonámbulo
G <input type="checkbox"/> Epilepsia o trastorno convulsivo	R. <input type="checkbox"/> Dieta Especial Requerida (por ejemplo vegetariano, no puerco, vegano, por favor explique)
H <input type="checkbox"/> Se ha expuesto a cualquier enfermedad contagiosa en el último mes (por ejemplo, viruela, sarampión, etc.)	

**Brevemente explique todas las opciones que selecciono** (refiérase a cada opción por la letra precedente) y explique cualquier otra condición de salud no mencionada en la lista anterior (use papel adicional si le es necesario).

1.  Si  No ¿Toma su hijo/a cualquier tipo de prescripción o medicina regularmente? Si la respuesta es sí por favor provéanos con las informaciones pertinentes en la forma del médico familiar y la autorización de los padres para administrar medicación.

**\*\*Tenga en cuenta que la firma de un medico es necesaria para los medicamentos recetados Y también para los medicamentos sin receta\*\***

**CONSENTIMIENTO MEDICO DE PADRES/GUARDIANES**

\_\_\_\_\_ (nombre del niño o niña) tiene mi permiso para participar en la escuela de Ciencias al aire libre del Condado de Santa Cruz en conjunto con su programa escolar regular. Mi hijo o hija está en buen estado de salud como ha sido indicado y yo acepto responsabilidad financiera por la asistencia de mi hijo o hija. Por la presente autorizo el uso de atención médica y/o quirúrgica que tuviera que facilitársele a mi hijo o hija en el improbable caso de una emergencia que pueda ocurrir durante el transporte hacia y desde la escuela de ciencias al aire libre y/o durante su participación en la misma. (En Caso de emergencia, el padre/madre o guardián será notificado lo antes posible). Como esta mencionado en el Código Educativo de California en la Sección 35330, entiendo que estoy liberando a la Oficina de Educación del Condado de Santa Cruz, sus oficiales, agentes, y empleados libres de toda y cualquier responsabilidad o reclamación que pueda surgir de o en la participación de mi hijo o hija en la Escuela de Ciencias al Aire Libre. Entiendo plenamente que los participantes deben de cumplir con todas las normas y reglamentos que rigen la conducta durante todas las actividades. Cualquier violación de estas normas y reglamentos puede resultar en que el individuo que las rompa sea enviado de regreso a casa a expensas de su padre/madre o tutor. No habrá reembolsos para los estudiantes que salgan de la escuela de Ciencias al Aire Libre antes de tiempo debido a problemas de disciplina. Es la responsabilidad del Padre/Madre o Guardián recoger al estudiante que sea mandado a casa antes de tiempo por cualquier motivo.

**FIRMA DE PADRES/GUARDIAN OFICIAL** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Santa Cruz County Outdoor Science School Allergy and Anaphylaxis Action Plan

To be completed by the child's physician if the student will bring an Epi-Pen to Outdoor Science School

Name of Student (Last)	(First)	Date of Birth
Parent/Guardian Name	Phone Number	School/Teacher

Allergen that may cause a severe reaction: \_\_\_\_\_

Note: In addition to this form, please complete the Physician and Parent Authorization to Administer Medication Form

**If the student has these symptoms:**

**Give this Medication (circle):**

1. If a food allergen has been ingested or in the case of bee allergies, the student has been stung, but <i>no symptoms</i>	Epinephrine	Antihistamine
2. Mouth (itching, tingling, swelling of lips/tongue/mouth)	Epinephrine	Antihistamine
3. Skin (hives, itchy rash, swelling of face or extremities)	Epinephrine	Antihistamine
4. Gut (nausea, abdominal cramps, vomiting, diarrhea)	Epinephrine	Antihistamine
5. Throat (tightening, hoarseness, hacking cough)	Epinephrine	Antihistamine
6. Lungs (shortness of breath, repetitive coughing, wheezing)	Epinephrine	Antihistamine
7. Heart (thread pulse, low blood pressure, fainting, pale, blueness)	Epinephrine	Antihistamine
8. Other	Epinephrine	Antihistamine
9. If reaction is progressing (several of the above areas affected)	Epinephrine	Antihistamine

**Medication Dosage:**

Epinephrine auto injector: Inject into outer thigh 0.15mg      OR      0.30mg

Antihistamine (medication/dose/route): \_\_\_\_\_

Other (medication/dose/route): \_\_\_\_\_

**Give Medication then CALL:**

1. Call 911 if epinephrine is given and/or symptoms are progressing to potentially life-threatening
2. Call the Outdoor Science School director on the two-way radio
3. Call parents/guardians

The child named above is under my care. It is necessary for him or her to receive the above prescribed medication while attending the Outdoor Science School. The medication may be administered by trained, nonmedical school employees, under the supervision of the health supervisor/EMT. The health supervisor/EMT may not be present during the administration of the medication.

Physician: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Physician Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Escuela de Ciencias al Aire Libre del Condado de Santa Cruz Alergias y Plan de Acción de Anafilaxia

Para ser completado por el médico del niño si el estudiante traerá un Epi -Pen a la Escuela de Ciencias al Aire Libre

Nombre de Estudiante (Apellido)	(Nombre)	Fecha de Nacimiento
Nombre de Padre/ Tutor	Numero de Telefono	Escuela/ Maestro

Alergeno que pueden causar una reaccion severa: \_\_\_\_\_

Nota : Además de esta forma , por favor de completar la forma de Autorización el Médico y el Padre para Administrar Medicamentos

**Si el estudiante tiene estos síntomas:**

**Dé esta medicina (círculo) :**

1. Si un alimento alergeno ha sido ingerido o en el caso de las alergias de abejas , el estudiante ha sido picada , pero no tiene síntomas	Epinefrina	Antihistamínico
2. Boca (picazón , hormigueo , hinchazón de labios / lengua / boca)	Epinefrina	Antihistamínico
3. Piel (urticaria, erupción cutánea con picor , hinchazón de la cara o las extremidades)	Epinefrina	Antihistamínico
4. Estomago (náuseas , calambres abdominales , vómitos , diarrea )	Epinefrina	Antihistamínico
5. Garganta (endurecimiento , ronquera , tos seca)	Epinefrina	Antihistamínico
6. Pulmones (falta de aliento , tos repetitiva , resollar)	Epinefrina	Antihistamínico
7. Cardiac (pulso abnormal, presión arterial baja , desmayo , pálido , azulado )	Epinefrina	Antihistamínico
8. Otro	Epinefrina	Antihistamínico
9. Si la reacción progresa (varias de las áreas afectadas mencionadas arriba)	Epinefrina	Antihistamínico

**Dosis del Medicamento:**

Epinephrine auto injector: Se inyecta en el muslo externo 0.15mg    0    0.30mg

Antihistamínico ( medicamento/dosis/ruta ):

Otros (medicamento/dosis/ruta):

Dar Medicamento y luego llamar:

1. Llame al 911 si se da la epinefrina y / o síntomas progresan a potencialmente mortal
2. Llamar al director de la Escuela de Ciencias al aire libre en el radio de dos vías
3. Llame a los padres / tutores

El estudiante mencionado arriba está bajo mi cuidado . Es necesario que él o ella puedan recibir la medicación prescrita mencionada al asistir a la Escuela de Ciencia al aire libre . El medicamento puede ser administrado por empleados de la escuela , no médicos capacitados , bajo la supervisión de nuestro supervisor de salud / EMT . El supervisor de la salud / EMT puede no estar presente durante la administración de la medicación .

Nombre de Medico: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Firma de Medico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Santa Cruz County Outdoor Science School Physician and Parent Authorization to Administer Medication Page 1 of 2

Name of Student (Last)	(First)	Date of Birth
Parent/Guardian Name	Phone Number	School/Teacher

### SECTION I: Nonprescription (Over the Counter) Medications and Important Information

Occasionally it is necessary to provide students with nonprescription medications while at the Outdoor Science School (OSS). The over-the-counter medications listed below or their generic equivalents are provided for this purpose. Please check the “Yes” box to indicate your permission for the listed medications to be administered by the Health Supervisor, or an authorized staff member. The medication will be administered as indicated on the bottle. If your child may not receive any medication while at the Outdoor Science School, check the “No” box. If your child may receive only some medications, cross out the medications your child may not receive and check the “Yes” box to indicate permission for medications not crossed out.

**In order for your child to receive the over the counter medications for which you have checked “yes”, you must sign on the reverse side of this form and his/her physician must also authorize with a signature in Section II on the reverse side of this form.**

ANALGESICS  
Advil/Ibuprofen  
Tylenol (LIQ&TAB)

COLD/CONGESTANT/ALLERGY  
Benadryl (LIQ&TAB)  
Robitussin DM Cough & Congestion  
Sudafed  
Cough Drops

MOUTH  
Chloraseptic

SKIN  
Neosporin Ointment  
Benzocaine  
Calamine Lotion  
Hydrocortisone Cream

CONSTIPATION/DIARRHEA  
Milk of Magnesia  
Immodium

INDIGESTION  
Tums  
Pepto Bismol

**YES** My child has permission to receive the medications listed above at the Outdoor Science School.

**NO** My child does not have permission to receive over-the-counter medications at the Outdoor Science School.

Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

The following items are available in the health office and do not require a signature on this form to administer if needed: Sunblock, Vaseline, Tecnu, Rubbing Alcohol, Hydrogen Peroxide, Saline Eye Wash, Dental Wax, Lip Ointment.

**ALL other medication sent with your child, both prescription and non-prescription, must be in the ORIGINAL CONTAINER. The container must be clearly labeled with the following information:**

1. STUDENT’S NAME
2. PHYSICIAN’S NAME (prescription medications only)
3. NAME OF MEDICATION
4. DOSAGE (how much and when)

Please package enough for 2 extra days in case of emergency, accidental loss or damage. It is important that the student continue to take his/her medication while at the Outdoor School. Medication must be given to your child’s classroom teacher for delivery to the Outdoor Science School Health Supervisor. **DO NOT** pack your medicines in your child’s luggage.

**\*\* PARENT AND PHYSICIAN SIGNATURES ARE REQUIRED ON PAGE 2 OF THIS FORM IN ORDER FOR YOUR CHILD TO RECEIVE MEDICATION AT OUTDOOR SCIENCE SCHOOL \*\***

**Physician and Parent Authorization to Administer Medication      Page 2 of 2**

Name of Student (Last)	(First)	Date of Birth
Parent/Guardian Name	Phone Number	School/Teacher

**SECTION II: Prescription and Regularly Taken Nonprescription Medications**

**Note to the child's Physician:** Please review SECTION I, complete SECTION II if applicable and sign below.

Name of Medication	Dosage (e.g. 1 Tab, 10mg)	Route (Oral, inhale, topical)	Schedule					Condition(s) for Given Medication
			Break- fast	Lunch	Dinner	Bed- time	Other	
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

Precautions, Special Instructions, Possible Adverse Effect(s), or comments:

For students with asthma or severe (anaphylactic) allergies, please indicate if they have your permission to carry their inhaler and/or epi-pen on their person and use as needed while attending the Santa Cruz County Outdoor Science School.

- Yes** – this student has my permission to carry their inhaler and/or epi-pen on their person
- No** – This student may not carry their inhaler and/or epi-pen on their person. His/her medication must be on the person of an adult guardian at all times.

**Physician Authorization:** *The above named student for whom the medication in SECTION I and SECTION II of this form are prescribed is under my care.*

**Physician's Name:** \_\_\_\_\_ **Phone Number:** \_\_\_\_\_ **Address:** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Parent Authorization**

The Board of Education recognizes that certain students may need to take prescribed or over-the-counter medication during their stay at the Outdoor Science School. The Health Supervisor, or other persons designated by the administration shall assist such students in taking their medication. The Outdoor School is not legally required to administer medication to the children participating in the program. However, at the request of the parent/legal guardian, with proper authorization, the Outdoor Science School will administer medication in an effort to carry out the wishes of the parent/legal guardian and the recommendations of a physician.

I request that my child be assisted by authorized persons in taking the described medications listed in Section I and Section II (as applicable) at the Santa Cruz County Outdoor Science School in compliance with established policies and procedures.

I understand that medication may be dispensed by someone other than a registered nurse. I hereby agree to hold the Santa Cruz County Office of Education and its officers, agents, and employees harmless from any and all liability which may arise out of SCCOE's performance under this agreement.

**SIGNATURE OF PARENT/LEGAL GUARDIAN:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

**Checklist** (Make sure of the following before returning this form.)

- Medications are in their **original containers**       Medications are **not expired**
- Medications inside a **gallon sized zip lock bag**       **Parent/Guardian & Doctor have signed this form**



## Escuela de Ciencias al Aire Libre del Condado de Santa Cruz

### Autorización Medica y de Los Padres para Administrar Medicamentos Página 1 de 2

Nombre de Estudiante (Apellido)	(Nombre)	Fecha de Nacimiento
Nombre de Padre/ Tutor	Numero de Telefono	Escuela/ Maestro

#### **SECCIÓN I: Medicamentos Sin Receta (de venta libre ) Los Medicamentos e Información Importante**

De vez en cuando es necesario proporcionar medicamentos sin prescripción a los estudiantes, mientras su estancia en la Escuela de Ciencias al aire libre (OSS). Los medicamentos de venta sin receta indicados a continuación o sus equivalentes genéricos se proporcionan para este propósito. Por favor marque la casilla " Sí " para indicar su permiso para administrar los medicamentos listados, por el supervisor de la salud , o un miembro del personal autorizado. El medicamento será administrado como se indica en el frasco. Si su hijo/a no puede recibir ninguna medicación , mientras que en la Escuela de Ciencias al Aire Libre , marca la casilla " No". Si su hijo puede recibir sólo algunos medicamentos , tachar los medicamentos que su hijo no puede recibir y marca la casilla " Sí " para indicar el permiso para que los medicamentos no tachados podrian ser administrados.

**Para que su hijo/a reciba los medicamentos sin receta para el que marcó "Sí " , debe firmar en el reverso de esta forma y su médico también debe autorizar con su firma en la Sección II en el reverso de esta forma.**

ANALGESICOS Advil/Ibuprofen Tylenol (LIQ&TAB)	RESFRIADO /CONGESTANT / ALERGIA Benadryl (LIQ&TAB) Robitussin DM Cough & Congestion Sudafed Pastillas para la tos	BOCA Chloraseptic	PIEL Neosporin Ointment Benzocaine Calamine Lotion Hydrocortisone Cream
---	---	----------------------	---

ESTREÑIMIENTO/ DIARREA Leche de Magnesia Immodium	INDIGESTIÓN Tums Pepto Bismol
---	-------------------------------------

- SI** Mi hijo/a tiene permiso para recibir los medicamentos antes mencionados en la Escuela de Ciencias al Aire Libre
- NO** Mi hijo/a no tiene permiso para recibir los medicamentos antes mencionados en la Escuela de Ciencias al Aire Libre
- Comentarios: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Los siguientes artículos están disponibles en la oficina de salud y no requieren una firma en esta forma para administrar si es necesario : Bloqueador Solar , Vaselina , Tecnu , Alcohol Para Fricciones , Peróxido de Hidrógeno , Solución Salina de Lavado de Ojos , Cera Dental , Ungüento de labios .

**TODOS los demás medicamentos enviado con su hijo , tanto con receta y sin receta , debe estar en el ENVASE ORIGINAL. El recipiente debe estar claramente etiquetado con la información siguiente :**

1. NOMBRE DE ESTUDIANTE
2. NOMBRE DEL MÉDICO (Medicinas con receta solamente)
3. NOMBRE DE MEDICAMENTO
4. DOSIS (cuánto y cuándo)

Por favor empaquetar suficiente para 2 días adicionales en caso de emergencia , pérdida o daño accidental . Es importante que el estudiante siga tomando su medicación , mientras que asiste la escuela al aire libre . La medicación se debe dar a la maestro/a de su hijo para que se entrega al Supervisor de Salud de la Escuela de Ciencias al aire libre . No empaque medicamentos en el equipaje de su hijo .

**\*\*LAS FIRMAS EL PADRE/TUTOR Y EL MEDICO SON NECESARIO EN LA PAGINA 2 DE ESTE FORMULARIO PARA QUE SU HIJO/A RECIBA MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA DE CIENCIAS AL AIRE LIBRE\*\***

## Autorización Medica y de Los Padres para Administrar Medicamentos Página 2 de 2

Nombre de Estudiante (Apellido)	(Nombre)	Fecha de Nacimiento
Nombre de Padre/ Tutor	Numero de Telefono	Escuela/ Maestro/a

### SECCIÓN II: Medicamentos de Prescripción y sin prescripción Regularmente Tomados

**Nota para el médico del hijo/a : Por favor, revise la sección I, Sección II completa si es aplicable y firme abajo.**

Nombre de el Medicamento	Dosis (e.g. 1 Tab, 10mg)	Ruta ( Oral , inhalación , tópica )	Schedule					La condición (s) para los que le da medicamentos
			Desayuno	Almuerzo	Cena	Hora de Dormir	Otro	
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

Precauciones , instrucciones especiales , posibles efectos adversos (s) , o comentarios

Para los estudiantes con asma o alergias (anafilácticas) graves , por favor indique si tienen su permiso para llevar su inhalador y/o epi - pen en su persona y utilizar según sea necesario para asistir a la Escuela de Ciencias del Condado de Santa Cruz al aire libre .

- Si** – Este estudiante tiene mi permiso para llevar su inhalador y/o epi -pen en su persona
- No** – Este estudiante no puede llevar su inhalador y/o epi -pen en su persona . Su medicamento debe estar en la persona de un tutor adulto en todo momento .

**La autorización del médico:** El estudiante mencionado arriba por la cual el medicamento en la sección I y la sección II de esta forma se prescriben está bajo mi cuidado

**Nombre del médico:** \_\_\_\_\_ **Numero de Telefono:** \_\_\_\_\_ **Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### Autorización de los Padres

La Junta de Educación reconoce que puede necesitar tomar la medicación prescrita o no prescrita durante su estancia en la Escuela de Ciencias al Aire Libre ciertos estudiantes. El supervisor de la salud , u otras personas designadas por la administración deberán asistir a estos estudiantes en la toma de su medicación. Para la escuela al aire libre no es un requisito legal administrar medicamentos a los niños que participan en el programa. Sin embargo , a petición del padre / tutor legal , con la debida autorización , la Facultad de Ciencias al aire libre administrará la medicación en un esfuerzo para llevar a cabo los deseos de los padres / tutor legal y las recomendaciones de un médico.

Solicito que mi hijo/a estará asistida por personas autorizadas en tomar los medicamentos descritos figuran en la Sección I y Sección II (según corresponda ) en la Facultad de Ciencias del Condado de Santa Cruz al aire libre en el cumplimiento de las políticas y procedimientos establecidos

Yo entiendo que la medicación puede ser dispensada por alguien que no sea una enfermera registrada . Por el presente acuerdo mantener a la Oficina del Condado de Santa Cruz de Educación y sus funcionarios , agentes y empleados de cualquier y toda responsabilidad que pueda surgir de la actuación de SCCOE bajo este acuerdo.

**Firma del Padre o Tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

### Lista de verificación (Asegúrese de lo siguiente antes de enviar este formulario.)

- Los medicamentos estan en su envase original                       Los medicamentos no estan vencido
- Los medicamentos dentro de una bolsa zip lock tamaño galón    **Padre/tutor y el doctor han firmado este formulario**

## Cabin Leader Code of Conduct

### Santa Cruz County Outdoor Science School

As a Cabin Leader for the Santa Cruz County Outdoor Science School (SCCOSS), I understand and agree to the following Responsibilities and Expectations (read and initial each statement):

#### Responsibilities

- \_\_\_\_\_ Apply Risk Management guidelines and use good judgement to ensure the physical and emotional safety of students.
- \_\_\_\_\_ Report any injury, illness, homesickness, or behavioral incident involving a student to SCCOSS staff immediately.
- \_\_\_\_\_ Ensure students practice the "Rule of Three" when separating from the group.
- \_\_\_\_\_ Remain with students at all times, unless it is my designated time off.
- \_\_\_\_\_ Keep the group together and conduct periodic head counts.
- \_\_\_\_\_ Uphold all of the rules of SCCOSS.
- \_\_\_\_\_ Follow the SCCOSS Dress Code.
- \_\_\_\_\_ Encourage student participation in activities.
- \_\_\_\_\_ Conduct myself in a manner that is appropriate for 5<sup>th</sup> and 6<sup>th</sup> grade students.
- \_\_\_\_\_ Learn students' names within 24 hours and get to know each student in my cabin.

#### Expectations

- \_\_\_\_\_ Not to use alcohol, tobacco, or drugs.
- \_\_\_\_\_ Not to engage in sexual activity or romantic relationships.
- \_\_\_\_\_ Not to leave SCCOSS campus
- \_\_\_\_\_ To stay in my cabin at night.
- \_\_\_\_\_ Refrain from using inappropriate language, engaging in unsafe activities and telling scary stories.
- \_\_\_\_\_ Not to discuss my personal life or share my phone number, e-mail, social media with students.
- \_\_\_\_\_ Never physically harm or verbally abuse a student, co-leader, or SCCOSS staff.
- \_\_\_\_\_ Students' medical, behavioral, and personal information shall remain confidential.
- \_\_\_\_\_ Be enthusiastic and supportive of students, co-leaders, and SCCOSS staff.

By signing, I certify I have read and understand the Responsibilities and Expectations above and I agree to follow them during my service as Cabin Leader for the Santa Cruz County Outdoor Science School. I understand that failure to follow these Responsibilities and Expectations will result in my dismissal from the program and I will not receive any community service hours. I understand my school counselor and principal will be notified if I violate the Cabin Leader Code of Conduct.

\_\_\_\_\_  
First and Last Name

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

# Packing List

**\*Please bring a bag lunch for dinner on Monday night\***

## Bedding

- Sleeping bag & or 2-3 warm blankets
- Pillow

## Clothing

- Fresh Change of Clothes for 4 days
- 2 Pair of sturdy shoes
- Underwear for a week
- Socks for a week
- Modest Pajamas
- Heavy Sweatshirt or Sweater
- Warm Coat
- Gloves & Hats
- Rain Coat / Rain Poncho (**essential**)

## Please do NOT bring

- Revealing Clothing
- Belly-Exposing Shirts
- Spaghetti Strap Tank Tops
- Shirts that promote drugs, alcohol, sex, or violence
- Electrical or Electronic Items (cell phones, iPods, or video games—No cell reception on site)
- Cigarettes, Alcohol, or Drugs
- Food, snacks, candy?

## Toiletries

- Bath Towel
- Wash Cloth
- Toothbrush & Toothpaste
- Soap & Shampoo
- Deodorant

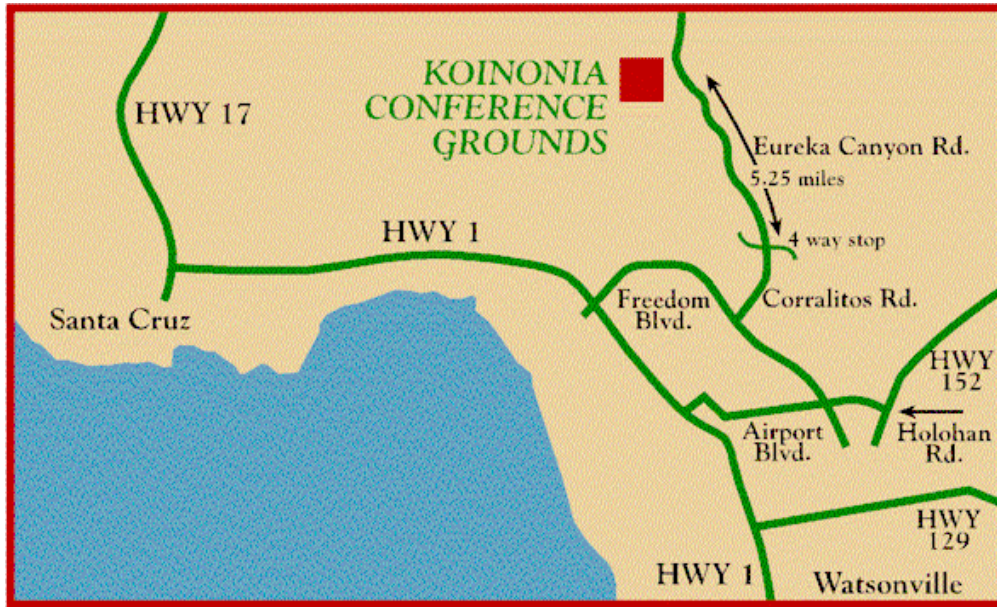
## Other Personal Items

- Wrist Watch (Not your cell phone)
- Camera (Not your cell phone)
- Water Bottle (**essential**)
- Backpack
- Quarters (for Phone Booth)

## Essential Forms

- 2 Page Medical Form (make sure to have a doctor's signature if you have ANY medication)
- Leave a copy of your Field Trip Permission Form with your school's attendance office **BEFORE** your week of volunteering

# Directions to Science School at Koinonia



*Make sure to use our driving directions included in the packet. GPS systems often get drivers lost getting to our site & you will lose reception on the way!!!*

1605 Eureka Canyon Rd.  
Watsonville, CA 95076

## **From San Jose**

Take Highway 17 south to Highway 1. Proceed south to Freedom Blvd. Exit and proceed left over the freeway. Continue approximately 5 miles to Corralitos Road. Turn left on Corralitos Road and continue approximately 1.5 miles to a four way stop sign. Check the odometer on your car, Koinonia is straight ahead almost 5.2 miles up Eureka Canyon Road. We're located on the left side of the road up a steep driveway. There is a large sign with yellow letters at the entrance that says, *Koinonia Conference Grounds*.

## **From Salinas/Monterey**

Take Highway 1 north to the Airport Blvd. exit. Follow the exit to the right and proceed to Airport Blvd. Turn left on Airport at stop light. Continue on Airport Road to Freedom Blvd. Turn left at Freedom Blvd. Continue on Freedom Blvd for approximately 2 miles to Corralitos Road. Turn right on Corralitos Road and continue approximately 1.5 miles to a four way stop sign. Check your odometer on your car; Koinonia is straight ahead almost 5.2 miles up Eureka Canyon Road. We are located on the left side of the road up a steep driveway. There is a large sign with yellow letters at the entrance that says, *Koinonia Conference Grounds*.

## **From Gilroy**

Take Highway 152 to Watsonville. Turn north at the first stoplight past the County Fairgrounds (Holohan Road). Continue about 1 mile to the second stoplight (Freedom Blvd) and turn right. Continue on Freedom Blvd. for approximately 2 miles to Corralitos Road. Turn right on Corralitos Road and continue approximately 1.5 miles to a four way stop sign. Check your odometer on your car, Koinonia is straight ahead almost 5.2 miles up Eureka Canyon Road. We are located on the left side of the road up a steep driveway. There is a large sign with yellow letters at the entrance that says, *Koinonia Conference Grounds*.