



PARENT PERMISSION FORM -- FIELD TRIP

Field trips are not mandatory. They are designed to enhance curriculum, to encourage student participation in extra-curricular activities, and to serve as community service projects.

SECTION I. IDENTIFYING INFORMATION

SCHOOL \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

STUDENT'S NAME \_\_\_\_\_ I.D. NO. \_\_\_\_\_ GRADE/HR \_\_\_\_\_

SECTION II. NOTIFICATION TO PARENT

\_\_\_\_\_ is planning a field trip for \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_
Teacher/Sponsor Name Group/Subject

The purpose of the trip is \_\_\_\_\_

TRANSPORTATION: Private Vehicle \_\_\_\_\_ Bus \_\_\_\_\_ Airline \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_
Name of Carrier Please Specify

This trip will be chaperoned by \_\_\_\_\_ Cost to each student \$ \_\_\_\_\_
(Teacher/Parent/Both-indicate how many)

I understand that if I am unable to pay for the cost of this trip, and I want my child to participate, where appropriate, my child will be given an opportunity to raise funds through authorized fund-raising activities, or be given assistance in identifying other fund source. (This provision does not apply to activities not directly related to classroom instruction, e.g., grad nite, football games, banquets.)

DEPARTURE: Date \_\_\_\_\_ Approximate Time \_\_\_\_\_ RETURN: Date \_\_\_\_\_ Approximate Time \_\_\_\_\_
--The above time schedule and/or personnel may be changed due to unforeseen circumstances.--

PLEASE KEEP THE TOP PORTION FOR YOUR INFORMATION.



RETURN THE BOTTOM PORTION TO THE TEACHER.

SECTION III. PARENT/GUARDIAN'S WRITTEN PERMISSION TO PARTICIPATE IN ACTIVITY

I hereby give permission for my child \_\_\_\_\_ to participate in the field trip \_\_\_\_\_
(Child's Name)

DEPARTURE: Date \_\_\_\_\_ Approximate Time \_\_\_\_\_ RETURN: Date \_\_\_\_\_ Approximate Time \_\_\_\_\_

I have completed the EMERGENCY CONTACT INFORMATION in Section IV (see below).

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

SECTION IV. EMERGENCY CONTACT INFORMATION

- 1. Name of parent/guardian \_\_\_\_\_ 2. Parent/Guardian Phone No(s) \_\_\_\_\_
3. In case parent/guardian cannot be reached, please contact \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Residence: \_\_\_\_\_
Relationship \_\_\_\_\_ Telephone No. \_\_\_\_\_ Business: \_\_\_\_\_
4. Physician's Name \_\_\_\_\_ Telephone No. \_\_\_\_\_ Beeper: \_\_\_\_\_
5. Only if applicable, complete the following:
a. My child has the following medical problem: \_\_\_\_\_ Please list any insurance policy
b. My child takes the following medications regularly: \_\_\_\_\_ covering your child: \_\_\_\_\_
(Proper Medical form #2702E is on file at the school)
c. My child has the following allergies: \_\_\_\_\_ Policy No. \_\_\_\_\_

I AUTHORIZE MEDICAL TREATMENT FOR MY CHILD IN CASE OF ACCIDENT OR ILLNESS WHILE ON THE TRIP.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

FOR SECONDARY SCHOOLS ONLY:

SECTION V. TEACHER NOTIFICATION OF ACTIVITY

Field Trip to: \_\_\_\_\_ Date(s): \_\_\_\_\_ to: \_\_\_\_\_

Name of Group/Subject: \_\_\_\_\_ Sponsor's Name: \_\_\_\_\_

PERIOD 1 \_\_\_\_\_ PERIOD 5 \_\_\_\_\_

PERIOD 2 \_\_\_\_\_ PERIOD 6 \_\_\_\_\_

PERIOD 3 \_\_\_\_\_ PERIOD 7 \_\_\_\_\_

PERIOD 4 \_\_\_\_\_ PERIOD 8 \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA PADRES DE FAMILIA-EXCURSIONES

Las excursiones no son obligatorias. Las mismas son planificadas a fin de realzar el programa de estudios, alentar la participación de los estudiantes en actividades extracurriculares y servir como proyectos de servicios a la comunidad.

### SECCIÓN I. DATOS PARA LA IDENTIFICACIÓN

ESCUELA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL(DE LA) ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ NO. DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_ GRADO/HORA: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN II. NOTIFICACIÓN A LOS PADRES DE FAMILIA

\_\_\_\_\_ planea una excursión a \_\_\_\_\_  
Nombre de(de la) maestro(a) patrocinador(a) Grupo/Asignatura

El propósito de la excursión es: \_\_\_\_\_

TRANSPORTE: Vehículo privado \_\_\_\_\_ ómnibus \_\_\_\_\_ aerolínea \_\_\_\_\_ otro \_\_\_\_\_  
(Nombre de la compañía) (Por favor, especifique)

Esta excursión será supervisada por: \_\_\_\_\_  
Maestro(a), padres de familia o tutores-número de acompañantes

Costo por estudiante \$ \_\_\_\_\_

Entiendo que si deseo que mi hijo(a) participe y no puedo pagar el costo de esta excursión, cuando sea posible, a mi hijo(a) se le dará la oportunidad de recaudar fondos mediante actividades de recolección de fondos o se le asistirá en la identificación de otras fuentes de recursos financieros (Esta medida no se aplica a las actividades que no se relacionen directamente con la instrucción que se realiza en las aulas, como por ejemplo, la noche de los graduados o "grad nite", los juegos de fútbol y los banquetes.)

SALIDA: Fecha: \_\_\_\_\_ Hora aproximada: \_\_\_\_\_ LLEGADA: \_\_\_\_\_ Hora aproximada: \_\_\_\_\_  
-El horario anterior y o el personal pueden ser cambiados por circunstancias imprevistas-

**POR FAVOR, CONSERVE LA PORCIÓN SUPERIOR EN SU PODER PARA QUE SE MANTENGA INFORMADO(A)**

**POR FAVOR, DEVUELVA LA PORCIÓN INFERIOR AL(A LA) MAESTRO(A)**

### SECCIÓN III. AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DE LOS PADRES DE FAMILIA/TUTORES PARA QUE EL(LA) ESTUDIANTE PARTICIPE EN LA ACTIVIDAD

Por medio de la presente doy la autorización para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ participe en la excursión a \_\_\_\_\_  
(Nombre del(de la) niño(a))

SALIDA: Fecha: \_\_\_\_\_ Hora aproximada: \_\_\_\_\_ LLEGADA: \_\_\_\_\_ Hora aproximada: \_\_\_\_\_

He llenado los datos SOBRE A QUIÉN LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA de la Sección IV (véase a continuación).

FIRMA DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR/DE LA TUTORA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

### SECCIÓN IV. DATOS SOBRE A QUIÉN LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA

- |   |  |
|---|--|
| 1. Nombre del padre/de la madre/del tutor/de la tutora _____  | 2. Números de teléfono del padre/de la madre/del tutor/de la tutora _____                  |
| 3. En caso de que los padres o tutores no puedan ser localizados, por favor, comuníquense con _____<br>Relación _____ No. de Teléfono _____   | Casa: _____<br>Negocio: _____  |
| 4. Nombre del médico _____ No. de Teléfono _____  | "Beeper": _____  |
| 5. Llene el siguiente inciso solamente si se aplica a su caso:<br>a. Mi hijo(a) tiene el siguiente problema médico: _____<br>b. Mi hijo(a) toma las siguientes medicinas con regularidad: _____<br>(El correspondiente formulario médico 2702 F está archivado en la escuela)<br>c. Mi hijo(a) tiene las siguientes alergias: _____ | Por favor, enumere las pólizas de seguro que cubren a su hijo(a) _____<br>Póliza No. _____ |

**AUTORIZO A QUE SE DÉ TRATAMIENTO MÉDICO A MI HIJO(A) EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD  
MIENTRAS SE ENCUENTRE DE VIAJE**

FIRMA DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR/DE LA TUTORA \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_



# FÒM PÈMISYON - PWOMNAD

Pwomnad pa obligatwa. Yo fèt pou amelyore kourikouloum nan, pou ankouraje elèv yo patisipe nan ekstra aktivite akadernik, e pou sèvi kòm pwojè sèvis korninotè.

## SEKSYON I. IDANTIFYE ENFÒMASYON

LEKOL \_\_\_\_\_ DAT \_\_\_\_\_

NON ELÈV LA \_\_\_\_\_ NO.I.D. \_\_\_\_\_ NIVO ANE ESKOLÈ/ÈD TAN \_\_\_\_\_

## SEKSYON II. NOTIFIKASYON POU PARAN

\_\_\_\_\_ ap planitye yon pwomnad pou \_\_\_\_\_ Pon \_\_\_\_\_  
Pwofesè/non pahvonè Gwoup/Sijè

Bi pwomnad sa a se \_\_\_\_\_

TRANSPÒTASYON: Machin Prive \_\_\_\_\_ Bis \_\_\_\_\_ Avyon \_\_\_\_\_ Lèt \_\_\_\_\_  
Non Konpayi \_\_\_\_\_ Espesifye \_\_\_\_\_

Pwomnad sa a ap gen siveyan A chapewon \_\_\_\_\_ L ap koute chak timoun \_\_\_\_\_  
(Pwofesè/Paran/Toude - endike konbyen)

Mwen konprann si rn pa ka peye pou pwomnad sa a, e mwen vle pitit mwen patisipe, lè li apwopriye, n ap otri pitit mwen an opòtinite pou li kolekte lajan atravè aktivite pou kolekte ton lekòl la otorize, oubyen nan bay asistans nan idantifye lòt sous pou fon. (rezèvasyon sa a pap aplike pou aktivite ki pa dirèkteman relate ak enstriksyon klas, pa egzanzp, sware gradyasyon, jwèt foutbòl, bankè.)

Dat N ap Derape: \_\_\_\_\_ Lè Apwoksimatif \_\_\_\_\_ Dat N ap Retounen \_\_\_\_\_ Lè Apwoksimatif \_\_\_\_\_  
-Le ki make anwo a e/oubyen moun yo kab chanje akoz yon sikonstans enprevi..-

SILVOUPLÈ KENBE POSYON ANWO A POU ENFÒMASYON.

RETOUNEN POSYON ANBA A BAY PWOFESÈ A.

## SEKSYON III. PÈMISYON PARAN/GADYEN A LEIKRI POU PATISIEPE NAN AKTIVITE

Mwen bay pèrnisyon pou pitit mwen \_\_\_\_\_ patisipe nan pwomnad \_\_\_\_\_  
(ATon Timoun nan)

Dat N ap Derape \_\_\_\_\_ Le Apwoksimatif \_\_\_\_\_ Dat N ap Retounen \_\_\_\_\_ Le Apwoksimatif \_\_\_\_\_

Mwen ranpli ENFÒMASYON KONTAK IJANS la nan Seksyon IV (wè anba a).

SIYATI PARAN/GADYEN \_\_\_\_\_ DAT \_\_\_\_\_

## SEKSYON IV. ENFÒMASYON KONTAK IJANS

- |  |  |
|--|--|
| 1. Non paran/gadyen _____  | 2. No. Telefòn paran/Gadyen (yo) _____                                     |
| 3. An ka nou pa ka jwenn paran/gadyen an, silvouplè kontakte _____<br>Relasyon ak elèv la _____ No. Telefòn _____<br><i>Non</i>  | Kay: _____<br>Biznis _____   |
| 4. Non dokte li _____ No. Telefòn _____  | Bipè: _____  |
| 5. Ranpli hy ki suiv yo, sèlki yo aplikab:<br>a. Pitit mwen an gen pwoblèm medikal sa yo: _____<br>b. Pitit mwen an pran medikaman sa yo regilyèman: _____<br>(Bonjan fòm medikal #FM-2702E nan dokiman lekòl la)<br>c. Pitit mwen an gen alèji sa yo: _____ | Silvouplè site nempòt asirans ki kouvri pitit on _____<br>No. Kontra _____ |

M OTORIZE TRETMAN MEDIKAL POU PITIT MWEN AN KA AKSIDAN OUBYEN MALADI PANDAN LI NAN PWOMNAD LA.

SIYATI PARAN/GADYEN \_\_\_\_\_ DAT: \_\_\_\_\_