



**Field Trip Permission Form**

I, \_\_\_\_\_,  
(parent name, address, and phone number)

give permission to my child \_\_\_\_\_,  
(student's name)

to attend the following field trip:

-Date and Time: \_\_\_\_\_

-Destination and Location: \_\_\_\_\_

-Means of Transportation: \_\_\_\_\_

**In case of emergency:**

Phone where I can be contacted: Day \_\_\_\_\_ Night \_\_\_\_\_

Student Cell Phone # (if applicable): \_\_\_\_\_

Student Doctor and phone #: \_\_\_\_\_

Medical Insurance Carrier: \_\_\_\_\_

Medical concerns, allergies, health conditions, medications: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

By signing below and in consideration for being allowed to participate in this field trip, we agree to assume all risks and responsibilities related to the student's participation in this field trip. In case of an emergency, we authorize the School District to seek medical attention for the student and grant permission for necessary medical treatment to be given. We will accept responsibility for the costs of any such medical treatment.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Student Signature: \_\_\_\_\_

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

**“Reaching Every Student Every Day”**



**Formulario De Permiso Para El Paseo**

Yo, \_\_\_\_\_,  
(nombre de padre/madre, dirección, y número de teléfono)

autorizo que mi hijo/a \_\_\_\_\_,  
(nombre de alumno)

vaya en el siguiente paseo:

-Fecha y hora: \_\_\_\_\_

-Destinación: \_\_\_\_\_

-Modo de transporte: \_\_\_\_\_

**En caso de una emergencia:**

Número de teléfono dónde me puede llamar durante el día: \_\_\_\_\_  
noche: \_\_\_\_\_

Celular del alumno (de ser aplicable): \_\_\_\_\_

Médico del alumno: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Proveedor de seguro médico: \_\_\_\_\_

Preocupaciones médicas, alergias, condiciones médicas, medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Al firmar abajo y en consideración a poder participar en este paseo, estoy de acuerdo con el asumir del riesgo y las responsabilidades relacionadas con la participación del alumno en este paseo. En caso de una emergencia, autorizo que el distrito escolar busque la ayuda médica para el alumno y damos el permiso que se dé el tratamiento médico necesario. Asumimos la responsabilidad de los costos de tal tratamiento médico.

Firma de padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Firma de alumno: \_\_\_\_\_

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

**“Alcanzando cada alumno, cada día.”**