



Favor retornar este formulário à escola até: _____

Escolas Públicas de Haverhill

Haverhill, Massachusetts

Formulário de Permissão para Viagem de Campo

Uma excursão educacional está planejada como parte das atividades regulares de aula.

Escola: _____

Série: _____

Destino _____

Data: _____ Horário de Saída: _____ Retorno: _____

Meio de Transporte:

Andando _____ Carro Privado _____

Ônibus _____ Outro _____

Alimentação:

_____ Estudantes devem levar lanche em sacos de papel (Não levar garrafas de vidro)

_____ Lanches podem ser comprados no local

_____ Não há necessidade de alimentação

Custo por Estudante

Transporte e/ou ingresso \$ _____

Valor total da doação para toda a viagem de campo \$ _____

Organização beneficiada pela doação _____ \$ _____

A doação (se houver) já foi deduzida do Custo por Aluno.

Se as despesas exigidas, como passagem de ônibus ou taxas de admissão, não puderem ser fornecidas pelos pais, a escola tentará providências necessárias para permitir a participação de todos os alunos.

Por favor, notifique o professor em qualquer caso.

Como nenhuma criança é obrigada a participar da excursão se os pais não aprovarem, os alunos que não acompanham colegas de classe são obrigados a frequentar a escola, onde serão tomadas providências para fornecer instrução apropriada para eles. Recomendamos fortemente que você mande seu filho para a escola.

A sua assinatura abaixo, juntamente com o nome do seu filho, constitui permissão para o seu filho viajar. A menos que haja aprovação escrita verificada, seu filho não será autorizado a viajar.

_____ (possui) (não possui) permissão para a viagem de campo.

Nome do Estudante

Assinatura Pai/Responsável _____

Telefone de Emergência # _____ Data: _____

Autorização médica de emergência para viagem de campo

Eu Concordo com o seguinte procedimento caso seja necessária atenção médica:

1. O professor, treinador ou representante escolar autorizado fará todos os esforços para entrar em contato com os pais para explicar as circunstâncias e receber instruções para o cuidado ao aluno.
2. Se o representante escolar autorizado não conseguir entrar em contato com os pais, ele/ela pode autorizar atendimento médico se tal for considerado necessário, mediante orientação de um médico qualificado.

Assinatura dos pais/responsáveis (aprovando os procedimentos acima)

Informações de Seguro de Saúde

Companhia _____

Titular _____

Número ID _____

Condições Médicas Existentes

Preencha esta parte somente se seu filho/filha já tiver um problema de saúde.

Nome do Aluno _____

Condição Médica _____

Tratamento (se houver) _____

Medicação (se houver) _____

Frequência da medicação _____

Alergias conhecidas a medicações _____

Se houver kits médicos de viagem, algum deles foi fornecido à escola? Yes _____ No _____

Instruções especiais para os professores / acompanhantes:
