



Por favor devuelva este formulario completo a la escuela antes de: _____

Escuelas Públicas de Haverhill

Haverhill Massachusetts

Formulario de Permiso para Excursiones

Se planea una excursión educativa como parte de la actividad regular de la clase.

Escuela: _____

Grado(s) y/o Clase: _____

Destino: _____

Fecha: _____ Hora de Salida: _____ Regreso: _____

Método de Viaje:

Caminando _____ Auto Privado _____

Autobús _____ Otro _____

Almuerzo :

_____ Los estudiantes deben traer sus almuerzos en una bolsa de papel (no botellas de vidrio, por favor)

_____ Se puede comprar el almuerzo

_____ No se requiere almuerzo

Costo por Estudiante: _____

Transporte y/o Admisión \$ _____

Monto total de la donación para toda la excursión \$ _____

Organización Donante _____ \$ _____

La donación (si corresponde) ya ha sido deducida del Costo Por Estudiante.

Si los padres no pueden cubrir los gastos requeridos, como el pasaje del autobús o las tarifas de admisión, la escuela intentará hacer los arreglos necesarios para permitir que todos los estudiantes asistan. Por favor notifique al maestro en cualquier caso.

Dado que ningún niño está obligado a asistir a la excursión si los padres no lo aprueban, los estudiantes que no acompañan a sus compañeros de clase deben asistir a la escuela, donde se harán arreglos para brindarles la instrucción adecuada. Le recomendamos encarecidamente que envíe a su hijo/a a la escuela.

Su firma a continuación junto con el nombre de su hijo/a constituye un permiso para que su hijo/a participe en el viaje. A menos que haya una aprobación verbal verificada o por escrito, a su hijo/a no se le permitirá participar en el viaje.

_____ (tiene) (no tiene) permiso para la excursión.

Nombre del Estudiante _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Teléfono de emergencia _____

Fecha: _____

Autorización Médica de Emergencia para Excursiones

Acepto el siguiente procedimiento en caso de que sea necesaria atención médica:

1. El maestro, entrenador o representante escolar autorizado hará todo lo posible para comunicarse con los padres para explicarles las circunstancias y recibir instrucciones para el cuidado del estudiante.
2. Si el representante autorizado de la escuela no puede comunicarse con los padres, él/ella autorizará la atención médica si se considera necesaria siguiendo el consejo de un médico calificado.

Firma del Padre/Tutor (aprobando los procedimientos anteriores)

Información del Seguro

Compañía _____

Suscriptor _____

Número de ID _____

Condiciones Médicas Existentes

Complete esta parte si su hijo/hija tiene una condición médica existente.

Nombre del Estudiante _____

Condición Médica _____

Tratamiento (si corresponde) _____

Medicamentos (si los hay) _____

¿Con qué frecuencia? _____

Alergias conocidas a medicamentos _____

Si hay estuches (kits) médicos de viaje disponibles, ¿Se ha proporcionado uno a la escuela?

Sí ____ No ____

Instrucciones especiales para el Maestro/Acompañante

