

## PORTUGUESE

Por favor, devolva este formulário completo à escola até: \_\_\_\_\_

**Escolas públicas Haverhill  
Haverhill, Massachusetts  
Documento de permissão para passeio**



Um passeio educacional está planejado como parte das atividades regulares da classe.

Escola: \_\_\_\_\_

Ano ou série: \_\_\_\_\_

Destino: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Hora de saída: \_\_\_\_\_ Volta: \_\_\_\_\_

**Método de Viagem:**

Andando \_\_\_\_\_ Carro Particular \_\_\_\_\_

ônibus \_\_\_\_\_ Outro \_\_\_\_\_

**Almoço:**

\_\_\_\_\_ Alunos devem trazer seus almoços em uma sacola de papel (por favor, sem garrafas de vidro).

\_\_\_\_\_ O almoço pode ser comprado.

\_\_\_\_\_ Almoço não é necessário.

---

**Valor por Aluno**

Transporte \$ \_\_\_\_\_

Valor total da doação para o passeio \$ \_\_\_\_\_

Organização doadora \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

*A doação (se houver) já foi deduzida do custo por aluno.*

---

Se despesas obrigatórias como taxa de ônibus ou de entrada não puderem ser fornecidas pelos pais, a escola tentará fazer os arranjos necessários para permitir que todos os alunos participem. Por favor, avise o professor em qualquer caso assim.

Como nenhum aluno é obrigado a participar do passeio se os pais não aprovarem, os alunos que não acompanharem a turma são obrigados a comparecer à escola, onde serão feitos arranjos para fornecer instrução adequada para eles. Nós incentivamos fortemente você a enviar seu filho para a escola.

Sua assinatura abaixo, juntamente com o nome de seu filho, dá permissão para que seu filho participe do passeio. A menos que haja aprovação por escrito ou verbalmente verificada, seu filho não poderá participar da viagem.

\_\_\_\_\_ (Tem) (Não tem) permissão para o passeio  
Nome do Aluno \_\_\_\_\_  
círcule um

Assinatura do(a) Pai ou Mãe \_\_\_\_\_ Número de Emergência # \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

### Autorização Médica de Emergência para Passeio Escolar

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 o pai ou responsável para explicar as circunstâncias e receber instruções para o cuidado do aluno.
2. Se o representante escolar autorizado não conseguir contatar o pai ou responsável, ele/ela autorizará a atenção médica se isso for considerado necessário segundo o conselho de um médico qualificado.

Assinatura do Pai/Responsável (aprovando os procedimentos acima) \_\_\_\_\_

---

### Informações de Seguro

Seguradora \_\_\_\_\_

Titular do Seguro \_\_\_\_\_

Numero de Identificação \_\_\_\_\_

---

### Condições Médicas Pré-existentes

**\*\*Por favor, preencha esta seção se seu filho/filha tiver alguma condição médica**

**pré-existente.\*\***

Nome do Aluno \_\_\_\_\_

Condição Médica \_\_\_\_\_

Tratamento (se houver) \_\_\_\_\_

Medicação (se houver) \_\_\_\_\_

Com que frequência? \_\_\_\_\_

Alergias conhecidas a medicamentos \_\_\_\_\_

Se kits médicos de viagem estiverem disponíveis, um deles foi fornecido à escola? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Instruções Especiais para o Professor/Acompanhante

---

---

---