

ROSELAND CHARTER SCHOOL

Roseland Accelerated Middle School

Roseland University Prep

Roseland Collegiate Prep

School Sponsored Field Trip Parent Permission Form

Return This Sheet By:			
Teacher		Educational Objective	
Departure Date		Departure Time	
Return Date		Estimated Return Time	
Description of Trip:			

Mode of Transportation:			
<input type="checkbox"/> School bus/contract bus/ School Vans	<input type="checkbox"/> Employee driver/private car Driver Name: _____	<input type="checkbox"/> Walking	<input type="checkbox"/> Other _____

Parents are to complete this section:

Student Name:		Parent Name:	
Telephone:	Home	Work	Cell
Other person to call in case of emergency:		Name	Telephone

Health Related Information:

Health Insurance (please check one): If you do not have medical insurance please contact the school office on information on how to obtain medical insurance. *RAMS: 707-546-7089 RUP: 707-566-9990, RCP: 707-528-1764*

<input type="checkbox"/> Kaiser	<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Blue Cross	<input type="checkbox"/> Other:
---------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

Please describe below if your child has any special health needs or limitations, including allergies, asthma, etc.:

Please indicate specific instructions for above, including the need for "PHYSICIAN AUTHORIZED" medicines, special procedures (time, dosage, etc), etc.:

Please **check the box that applies** and sign below.

I DO NOT give my child _____ permission to attend the field trip.

I give my child _____ permission to attend the field trip.

I give permission for my child to attend this excursion. I give my permission for my child to be transported as noted above on this form. I also give my permission for school authorities to authorize medical care should the need arise. I give permission for "PHYSICIAN AUTHORIZED" medication to be administered to my child. All necessary forms for this medication have been completed and are on file in the school office. I hereby release all liability from Roseland Charter School, Roseland University Prep, Roseland Collegiate Prep, Roseland Accelerated Middle School, Roseland School District, and the State of California and all personnel employed by these agencies for injury, accident, illness or death occurring during or by reason of the field trip or excursion.

Signature of Parent or Guardian

Date

Roseland University Prep & Roseland Collegiate Prep Students Only

Note to students: You must obtain the initials of all of your teachers in order to be eligible to attend the field trip.

Note to teachers: All Classroom teachers must initial below for the student to participate in the field trip or indicate why they are not being allowed to attend.

Class Period	Teacher Signature for Student to attend field trip	Reason for not allowing to attend field trip.
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

ESCUELA CHARTER ROSELAND

**Roseland Accelerated Middle School
Roseland University Prep
Roseland Collegiate Prep**

Forma de Permiso para Paseos Patrocinados por la Escuela

Regresar esta forma:			
Maestro		Objeto Educativo	
Fecha Salida		Hora de Salida	
Fecha de Regresó		Hora Estimada de Regresó	
Descripción del Paseo:			

Modo de Transporte:			
Autobús Escolar/ Camión Contratado/ Camionetas Escolares	Maneja un empleado/Carro privado Nombre Conductor: _____	Caminar	Otro _____

Padres llenar esta sección:

Nombre del Alumno/a:		Nombre del Padre/Tutor:	
Teléfono:	Casa	Trabajo	Celular
Nombre otra persona en caso de emergencia:		Nombre	Teléfono

Información de salud relativa:

Seguro Medico (favor marcar una): Si no tienen seguro medico favor de comunicarse con la oficina de la escuela para obtener información en como obtener seguro medico. *RAMS: 707-546-7089 RUP: 707-566-9990, RCP: 707-528-1764*

Kaiser	Medi-Cal	Blue Cross	Otro:
---------------	-----------------	-------------------	--------------

Favor de indicar a continuación si su estudiante tiene cualquier limitación o necesidad medica, incluyendo alergias, asma, etc.:

Favor de indicar instrucciones especificas para lo antes mencionado, incluyendo la necesidad de medicinas, procedimientos especiales "AUTORIZADAS POR UN MEDICO" (horario, dosis, etc.), etc.:

Favor **marcar lo que corresponde** y firmar a continuación.

- Yo **NO LE DOY** permiso a mi estudiante _____ para asistir al paseo.
- Yo **le doy** permiso a mi estudiante _____ para asistir al paseo.

Yo le doy permiso a mi estudiante para que asista a esta excursión. Yo le doy permiso a mi estudiante para que sea transportado como se menciona anteriormente. También autorizo que la autoridad de la escuela autorice cuidado medico si es necesario. Doy permiso para que el "MEDICO AUTORIZADO" administre medicamenta a mi estudiante. Toda forma necesaria para este medicamento ha sido completada y esta archivada en la oficina de la escuela. Yo libero toda responsabilidad a la Escuela Charter Roseland, La Preparatoria Universitaria Roseland, La Preparatoria Collegiate Roseland, La Secundaria Acelerada Roseland, Distrito Escolar Roseland, y al Estado de California y todo el personal empleado por estas agencias por daño, accidente, enfermedad o muerte ocurrido durante o por razón de este paseo o excursión.

Firma del padre/tutor

Fecha

Estudiantes de las Preparatorias Roseland University Prep y Roseland Collegiate Prep únicamente

Nota al estudiante: Debes obtener las iniciales de todos tus maestros para poder ser elegible y asistir al paseo.

Nota a los maestros: Todo maestro debe inicial a continuación para que el estudiante pueda participar en el paseo o indicar el porque no puede asistir.

Periodo de clase	Firma del Maestro para que el estudiante pueda asistir al paseo	Razón porque el estudiante no puede asistir al paseo.
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		