

Roseland School District
School Sponsored Field Trip
Parent Permission Form

PLEASE RETURN THIS SHEET BY: _____

Educational Objective: _____ Teacher _____

Departure Date: _____ Departure Time: _____

Return Date: _____ Return Time (Estimated): _____

Description of Trip: _____

Mode of Transportation:

___ School bus/contract bus

___ other (Walking, etc.)

___ Employee driver/private car

Driver's Name: _____

___ Volunteer driver/private car

Driver's Name: _____

Student Name: _____ Parent Name: _____

Telephone :(H): _____ (C) _____ (W) _____

Other person to call in case of emergency:

Name: _____ Telephone: _____

A. Health Insurance Carrier:

___ HPR

___ Kaiser

___ Medi-Cal

___ Blue Cross

___ Other

B. Health Needs

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

2. Please indicate specific instructions for above, including the need for "PHYSICIAN AUTHORIZED" medicines, special procedures, etc.:

C. 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.

Signature of Parent or Guardian

Date

Student Lunch Home Lunch School Lunch

I am interested in chaperoning on this field trip

Yes

Not at this time

updated 4/4/2023

Distrito Escolar de Roseland
Excursión Organizada por la escuela
Forma de Permiso para Padres

POR FAVOR REGRESE ESTA HOJA PARA ESTA FECHA: _____

Objetivo Educativo: _____ Maestro/a: _____

Fecha salida: _____ Hora de salida: _____

Fecha de regresó: _____ Hora de regresó (estimado): _____

Descripción del viaje:

Modo de transporte:

- Camión escolar/camión contratado
 Conductor será empleado/coche privado
 Conductor será Voluntario/coche privado

Otro: (Caminando, etc.)
Nombre del Conductor: _____
Nombre del Conductor: _____

Nombre del Estudiante: _____ Nombre del Padre/Madre: _____

Tel. Casa: _____ Tel. Cel.: _____ Tel. Trabajo: _____

Otra persona para llamar en caso de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____

A. Nombre de la Compañía de Seguro Medico:

HPR Kaiser Medi-Cal Blue Cross Otra

B. Necesidades de Salud

1. Indique abajo si su hijo/a tiene cualquier necesidad especial de salud o limitaciones, incluyendo alergias, asma, etc.:

2. Por favor indique instrucciones específicas de seguir para la condición médica mencionada arriba, incluyendo la necesidad de medicamentos "AUTORIZADOS POR EL MEDICO," etc.:

C. Doy permiso para que mi hijo/a vaya a esta excursión. Doy permiso para que transporten a mi hijo/a como lo anota la forma arriba. También autorizo a las autoridades de la escuela a que le den cuidado necesario medico si hay necesidad. Doy permiso para que le administren a mi hijo/a medicamentos "AUTORIZADOS POR EL MEDICO." Ya he llenado todas las formas necesarias para este medicamento y se encuentra en los archivos de la oficina de la escuela.

Firma del Padre/Madre/Tutor

Fecha

Almuerzo del Alumno

Almuerzo de Casa

Almuerzo de la Escuela

Estoy interesado/a en ser chaperón en este paseo.

Si

No en este momento