

**BEAUFORT COUNTY SCHOOL DISTRICT  
OVERNIGHT STUDENT TRAVEL - PARENT PERMISSION FORM**

Date of trip: \_\_\_\_\_

Destination specific with address and phone: \_\_\_\_\_

Time and date of departure: \_\_\_\_\_

Time and date of return: \_\_\_\_\_

Mode of transportation: \_\_\_\_\_

Lodging/Address and phone : \_\_\_\_\_

Cost to student: \_\_\_\_\_

Chaperones: \_\_\_\_\_

Lead teacher (full name) \_\_\_\_\_ cell phone number \_\_\_\_\_

Purpose of trip/activities: \_\_\_\_\_

**Parents: Keep the top portion of this form and detach bottom portion for school**

I \_\_\_\_\_ give permission for my child \_\_\_\_\_ to participate in the overnight trip \_\_\_\_\_ sponsored at \_\_\_\_\_ school on \_\_\_\_\_.

**Student information** - for students with allergies and daily medications -see forms: healthcare provider's order for medication form, authorization to administer medication/treatment and student history health form for overnight/foreign travel.)

Student allergies: \_\_\_\_\_

Student medication: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Parent's/Legal guardian's signature

\_\_\_\_\_  
Name of student

Home number \_\_\_\_\_ Work number \_\_\_\_\_

Cell number \_\_\_\_\_

**Distrito Escolar del Condado de Beaufort**  
**Formulario de Permiso para Padres de Alumnos para Excursiones Pasando la Noche**

Fecha del viaje: \_\_\_\_\_

La dirección y el teléfono de destino: \_\_\_\_\_

Hora y fecha de salida: \_\_\_\_\_

Hora y fecha de regreso: \_\_\_\_\_

Modo de transporte: \_\_\_\_\_

Alojamiento/Dirección y teléfono: \_\_\_\_\_

Costo para estudiantes: \_\_\_\_\_

Acompañantes: \_\_\_\_\_

Maestra organizadora: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono \_\_\_\_\_

Propósito del viaje/actividades: \_\_\_\_\_

**Padres: Mantenga la parte superior de este formulario y separe la parte inferior para la escuela**

Yo \_\_\_\_\_ doy permiso que mi hijo \_\_\_\_\_ participe en el viaje de un día para otro patrocinado por la escuela \_\_\_\_\_ en la fecha de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

**Información sobre el estudiante** - para los estudiantes con alergias o cuales toman medicaciones por diario favor de completar las formas: orden del proveedor médico, y el formulario de autorización para administrar medicamentos y los tratamientos, y la forma de historia de salud para estudiantes. la maestra puede mandar lost formularios necesarias si son requeridas.

Alergias del alumno : \_\_\_\_\_

Medicamentos diarias: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Número de teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ el número en el domicilio

\_\_\_\_\_ Número de teléfono celular \_\_\_\_\_

**Distrito Escolar del Condado de Beaufort**  
**Formulario de Permiso**  
**Padres de Alumnos para Excursiones Pasando la Noche**

Fecha del viaje: \_\_\_\_\_

La dirección y el teléfono de destino: \_\_\_\_\_

Hora y Fecha de salida: \_\_\_\_\_

Hora y fecha de regreso: \_\_\_\_\_

Modo de transporte: \_\_\_\_\_

Alojamiento/Dirección y teléfono: \_\_\_\_\_

Costo para estudiantes: \_\_\_\_\_

Acompañantes: \_\_\_\_\_

Maestro de plomo (nombre completo) number \_\_\_\_\_ cell  
teléfono

Objeto del viaje y actividades: \_\_\_\_\_

Padres: Mantenga la parte superior de este formulario y separar la parte inferior para la escuela

I permiso \_\_\_\_\_ give de \_\_\_\_\_ que mi hijo participe en el  
viaje de un día para otro en \_\_\_\_\_ sponsored on  
\_\_\_\_\_ school.

**Información del estudiante** - para los estudiantes con allegies y cotidiana mdedications ver las  
formas: Orden Proveedor de atención médica para el Formulario de medicamentos, autorización  
para administrar medicamentos y los tratamientos, e Historia de Salud para Estudiantes forma  
para pasar la noche / Los viajes al extranjero.)

Estudiantes alergias: \_\_\_\_\_

Estudiante de medicamentos: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Número de trabajo a domicilio número \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Número de la célula