

**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 mdications 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