

**BEAUFORT COUNTY SCHOOL DISTRICT
DAY TRIP STUDENT TRAVEL PARENT PERMISSION FORM**

Date of trip: _____

Destination/Address: _____

Time of departure: _____

Time of return: _____

Mode of transportation: _____

Cost to student: _____

Lead teacher: _____ Cell phone #: _____

Purpose of trip/activities: _____

Additional comments: _____

Parents: Keep top portion of this form and complete and return bottom portion to the school

Student information for students requiring special medical attention: (see forms: healthcare provider's order for medication form, authorization to administer medication/treatment, a

I _____ give permission for my child _____
_____ to participate in the school field trip to _____
on _____.

Student allergies: _____

Student medication: _____

Parent's/Legal guardian's signature

Name of student

Home number _____ Work number _____

Cell number _____

**Excursión de un Día de Viaje Estudiantil
Formulario de Permiso Para Alumnos y Padres**

Fecha del viaje: _____

Destino/Dirección: _____

Hora de salida: _____

Hora de regreso: _____

Modo de transporte: _____

Costo para estudiantes: _____

Numero de teléfono de la célula de la maestra organizadora _____

Objeto del viaje y actividades: _____

Comentarios adicionales: _____

Padres: Mantenga la parte superior de este formulario y complete y devuelva la parte de abajo a la escuela

Información del estudiante para los estudiantes que requieren atención médica especial: (ver formas: Orden del Proveedor Médico, el Formulario de medicamentos, el formulario de autorización para administrar medicamentos y los tratamientos, un

Yo _____ doy permiso para que mi hijo _____
_____ participe en la excursión escolar al _____ en _____
_____.

Alergias del alumno: _____

Medicamentos del alumno: _____

Firma del padre o tutor

Nombre del estudiante

Domicilio: _____

Número de telefono de casa _____ de trabajo _____

Número del telefono celular _____