



ДОЗВІЛ НА ВИЇЗД НА ЕКСКУРСІЮ
(Поїздки в денний і нічний

час) ПРОСИМО ПІДПИСАТИ Й НЕГАЙНО ПОВЕРНУТИ ВЧИТЕЛЮ ВАШОЇ ДИТИНИ

Цим я надаю дозвіл _____ взяти участь у
(ім'я та прізвище учня)

_____ В _____
(назва екскурсії) (місто, штат)

_____ з _____
(дата) (керівник екскурсії/школа/організація)

Підпис батьків або опікунів: _____ Дата: _____

* ПРИМІТКА. Брати й сестри учнів не допускаються до участі в екскурсіях.

- Мій учень ПРИНЕСЕ з дому ланч-бокс.
- Моєму учню необхідно ЗАМОВИТИ ланч-бокс у школі.
- Я б хотів/хотіла супроводжувати групу.* Ім'я _____ № телефону _____

Адреса електронної пошти _____

*ПРИМІТКА. Усі супровідники повинні бути волонтерами, схваленими округом. Зверніться до приймальні вашої школи, щоб підтвердити свій статус волонтера.

Заповнюється вчителем	
Дата(и) проведення заходу: _____ Час відправлення: _____ Час повернення: _____	<p>Хто та як забезпечуватиме перевезення для цього заходу:</p> <p><input type="checkbox"/> Транспортним засобом округу та за допомогою працівників округу</p> <p><input type="checkbox"/> Приватним транспортним засобом працівників округу</p> <p><input type="checkbox"/> Волонтер/батьки, які перевозять учнів на приватному транспортному засобі (заповнений чек-лист водія-волонтера у файлі)</p> <p><input type="checkbox"/> Ні Перевезення надається: батьки особисто привезуть дитину</p> <p><input type="checkbox"/> Інше (пішки, міським автобусом тощо) Опис: _____</p>
Ім'я вчителя: _____	
Адреса електронної пошти вчителя: _____	
Опис заходу та маршруту: _____	
* Для поїздок у нічний час — додається детальний маршрут, план нагляду та розміщення в номерах.	

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ УЧНІВ НА ВИПАДОК ЕКСТРЕНОЇ СИТУАЦІЇ

Ім'я одного з батьків або опікуна: _____

Домашня адреса: _____

Телефон: Домашній телефон: _____ Робочий телефон: _____

Постачальник медичних послуг учня: _____ Телефон: _____

Постачальник послуг медичного страхування: _____ Поліс №: _____

Вкажіть нижче ім'я іншої особи (осіб), з якою (якими) можна зв'язатись у разі, якщо з вами не вдасться зв'язатися в екстреній ситуації:

Контактна особа для екстрених випадків № 1: _____ Телефон: _____

Контактна особа для екстрених випадків № 2: _____ Телефон: _____

У разі нещасного випадку або хвороби буде докладено всіх зусиль, щоб негайно зв'язатися з батьками або опікунами. Однак, якщо батьки або опікуни поза зоною досяжності, School District забезпечить надання невідкладної медичної допомоги в разі потреби.

Підпис батьків або опікунів: _____ Дата: _____

Анкета про стан здоров'я учня

Ім'я та **1.** прізвище учня: _____ Дата народження: _____
_____ Клас: __ Чи є у вашої дитини відомі алергії?

ТАК НІ

2. Якщо ви вибрали так, вкажіть алерген(и): _____

Реакції й лікування: _____

3. Чи є у вашої дитини обмеження в харчуванні або дієті? ТАК НІ

Якщо ви вибрали так, поясніть їх: _____

4. Чи діагностували вашій дитині проблеми зі здоров'ям, що загрожують її життю?
 ТАК НІ

Якщо ви вибрали так, вкажіть які саме: _____

Чи є у вашої дитини медичні показання, які вимагають
окремого розміщення для участі в експерсії? ТАК НІ

Якщо ви вибрали так, вкажіть які саме: _____

5. Чи потрібні вашій дитині БУДЬ-ЯКІ рецептурні ліки, харчові добавки та/або безрецептурні ліки під час подорожі (наприклад, ібупрофен, інгалятор тощо)? ТАК НІ

Якщо ви вибрали так, вкажіть які саме: _____

Якщо ви вибрали так, виконайте наведені нижче кроки.

- a.** Візьміть у лікаря вашої дитини бланк «Рецепт від лікаря про прийом ліків у школі».
- Для кожного лікарського засобу потрібен окремий рецепт, у тому числі й для безрецептурних препаратів.
 - Для самостійного носіння ліків учням необхідний рецепт від лікаря.
- b.** Принесіть заповнений бланк «Рецепт від лікаря про прийом ліків у школі» ТА ліки вашої дитини до шкільного медичного кабінету, щоб їх перевірила шкільна медсестра.
- Ліки повинні принести батьки або опікуни учня.
 - Усі ліки повинні бути з дійсним терміном придатності й в маркованій аптечній упаковці, яка відповідає рецепту від лікаря.
 - Якщо ваша дитина вже приймає ліки в школі, зверніться до шкільної медсестри, щоб з'ясувати, чи є в цій школі зараз відповідні активні рецепти на ліки. Якщо так, то ліки вашої дитини візьмуть в поїздку в нічний час працівники школи, і вони прийматимуться відповідно до інструкцій.

** Якщо вищезазначені кроки не будуть виконані, ваша дитина не матиме права на отримання ліків під час експерсії. Якщо ліки пов'язані з невідкладними станами, що загрожують життю, вашу дитину буде не допущено до участі.*

Документи на ліки та ліки, що підлягають отриманню до _____

Заповнюється батьками й опікунами

- Я розумію, що маю повідомити школу про зміни в стані здоров'я моєї дитини.
- Я розумію, що за необхідності вищезазначена інформація може бути передана працівникам шкільного округу або волонтерам, які здійснюють нагляд, для захисту здоров'я та безпеки учня та планування безпечного середовища, сприятливого для навчання.
- Я уповноважую Puyallup School District забезпечити невідкладну медичну допомогу в разі потреби. Я розумію, що фахівці докладуть усіх зусиль, щоб зв'язатися зі мною та пояснити ситуацію перед будь-яким лікуванням.
- Якщо відповідальний персонал шкільного округу повинен отримати невідкладну допомогу для моєї дитини, ні персонал, ні округ не нестимуть фінансової відповідальності за витрати, яких зазнали внаслідок нещасного випадку, травми, хвороби та/або непередбачених обставин.
- Я розумію, що цей захід пов'язаний із відомими та непередбачуваними ризиками, які можуть призвести до фізичної чи емоційної травми, втрати здатності рухатись або смерті, а також завдання шкоди майну або третім особам. Я розумію, що такі ризики просто неможливо усунути, не поставивши під загрозу суттєві якості заходу.
- Я ознайомився(-лась) із програмою та маршрутом, що додаються (інформацією про детальні дати, місця проживання, події тощо), і розумію, що шкільний округ докладе всіх можливих зусиль, щоб створити безпечне середовище. Я цілковито усвідомлюю особливі небезпеки та ризики, пов'язані з участю в цих заходах, зокрема фізичні травми, або інші наслідки, що виникають у результаті цих заходів. Маючи повну інформацію про ці ризики, я даю згоду на участь моєї дитини в заходах.

Підпис одного з батьків або опікуна: _____ Дата: _____

Відомості про учня зберігатимуться в таємниці з метою захисту конфіденційності учня. Ця інформація не буде розголошуватись або розповсюджуватись без надання попередньої згоди.