



Raisin City Elementary School / Escuela Primaria de Raisin City

K-8 Permission Form

Student's Name / Nombre Del Alumno
Nombre de la clase (quinto, ciencias, etc.)

Date of Birth / Fecha De Nacimiento

Name of class (i.e. 5th Grade, Science, etc.)

I give permission for my child to participate in the following field trip:
Doy mi permiso para que mi hijo(a) participe en esta excursión:

I understand that participation by my child is voluntary and I have directed my child to obey the instructions of the school district personnel supervising this activity. Note: Student may not be transported by anyone other than his/her parent.
Entiendo que la participación de mi hijo(a) es voluntaria y he dirigido a mi hijo(a) a obedecer las instrucciones de las personas supervisando esta actividad. Note: No se puede transportar al niño nadie mas que su padre o madre.

Emergency Information / Información de Emergencia

Home Telephone Number
Teléfono del hogar

Business Telephone Number
Teléfono del trabajo

Emergency Number
Teléfono para emergencias

Home Address (not P.O. Box) / Dirección del hogar (no el cajón)

Alternative Contact
Contacto alternativo

Relationship
Relación

Telephone Number
Numero de teléfono

Drug Allergies / Alergias a medicamentos

Medical Problems / Problemas medicas

Medications / Medicamentos

Please check here if special instructions regarding medical treatment are on file in the school office
Chequee aquí si hay instrucciones especiales tocante al tratamiento medico en la oficina de la escuela

Every attempt shall be made to contact parents, but in the event of a serious medical condition and parents cannot be reached... I hereby authorize school district personnel supervising this field trip to consent to any x-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care to be rendered to said minor under the general and special supervision and upon the advice of a physician or surgeon licensed under the provisions of the California Medical Practice act or the laws governing the state or country in which the field trip is occurring and any X-ray, anesthetic, dental or licensed surgical diagnosis or treatment and hospital care to be rendered to said minor by a dentist licensed under the provisions of the California Dental Practice Act or the laws of the state or country in which this field trip is occurring.

Se intentara contactar a los padres, pero si hay condición medica seria y no se pueden hallar a los padres... Autorizo al personal del distrito escolar quienes están encargados a esta excursión que den sus consejos a cualquier examen de rayos equis, anestésico, diagnosis de cirujano o tratamiento y cuido del hospital que se debe de dar a este menor de edad bajo la supervisión general y especifica tocante al consejo de un medico o cirujano licenciado bajo las provisiones del Acto Medico de California (California Medical Practice Act) o las leyes que gobierno el estado o condado en cual ocurre la excursión y cualquier diagnosis de rayo equis, anestésico dental o de cirujano o tratamiento y cuido hospital que se debe de dar a tal menor de edad por un dentista licenciado bajo las provisiones del Acto Dental de California (California Dental Practice Act) o las leyes del estado o condad en el cual ocurre la excursión.

Parent Signature / Firma de padres

Date / Fecha