

SPECIAL EDUCATION DISTRICT OF LAKE COUNTY

18160 W. GAGES LAKE ROAD * GAGES LAKE, ILLINOIS 60030-1819

847•548•8470 ** Facsimile 847•548•8472

www.sedol.us**PERMISSION TO PARTICIPATE ON AN INSTRUCTIONAL FIELD TRIP**

(Name of student)

(Name of parent/guardian)

I, the undersigned parent or guardian of the child named above, give my permission for my child to participate on the instructional field trip described as follows:

Date of trip: _____

Destination: _____

(Include name of location and address)

Purpose of the trip: _____

Departure time: _____ Return time: _____

Mode of Transportation: _____

Trip sponsor and individual(s) in charge of trip: _____

Other information (costs, lunch information, etc.) _____

The Special Education District of Lake County (SEDOL) requires the parent/guardian of a student who wishes to attend a field trip to provide written consent. Please check the appropriate box.

 I give consent for my child to attend this field trip.
 I do not consent to my child attending this field trip.

Your permission and signature constitutes and is evidence of (1) your consent to permit your child to participate in the school activity; (2) your agreement to accept general liability for the participation of your child in the school activity; and (3) your agreement to waive, release, indemnify and hold harmless the Special Education District of Lake County, its members, agents and employees, from any and all claims and liability arising out of your child's participation in the school activity.

In the event of illness or injury, SEDOL school personnel are authorized to take your child to the nearest hospital or emergency care facility. Your signature below indicates that you agree to assume all responsibility and expenses incurred as a result of any emergency care needed.

In the event of an emergency, does your child have a special medical condition of which we should be aware? (seizures, allergies) _____

Doctor's Name: _____ Phone: _____

If your child will require prescription medication, an Epi-pen or asthma inhaler, or non-prescriptive, over-the-counter medication during the field trip you **MUST** complete and return the appropriate consent and physician forms.

Parent/Guardian Signature_____
Phone_____
Date

No child will be permitted to participate on a field trip without a signed permission form.

SPECIAL EDUCATION DISTRICT OF LAKE COUNTY

18160 W. GAGES LAKE ROAD * GAGES LAKE, ILLINOIS 60030-1819

847•548•8470 ** Facsimile 847•548•8472

www.sedol.us**PERMISO PARA PARTICIPAR EN UN PASEO EDUCATIVO**

(Nombre del Estudiante)

(Nombre del Padre o Guardián)

Yo, el padre o guardián firmante del Niño (a), doy permiso para que mi hijo(a) participe en el paseo educativo que se describe enseguida:

Fecha del Paseo: _____

Destino: _____

(Incluir nombre del lugar y dirección)

Propósito del Paseo: _____

Hora de Salida: _____ Hora de regreso: _____

Modo de Transportación: _____

Patrocinador del Paseo y Persona(s) encargadas del paseo: _____

Otra Información (costos, información del almuerzo, etc.) _____

El Distrito de Educación Especial del Condado de Lake (SEDOL) requiere que el padre/guardián del estudiante que desea ir al paseo educativo provea permiso escrito. Por favor marque la caja apropiada.

Yo doy permiso para que mi hija(o) vaya a este paseo educativo.

Yo no doy permiso para que mi hija(o) vaya a este viaje educativo.

Su permiso y firma constituye y es evidencia de que (1) su permiso para que su hijo(a) participe en la actividad escolar; (2) usted está de acuerdo en aceptar responsabilidad general por la participación de su hijo(a) en la actividad escolar y, (3) usted está de acuerdo de renunciar, liberar, indemnizar y mantener sin daño al Distrito de Educación Especial del Condado de Lake, y de sus miembros, agentes y empleados, de cualquier y de todo reclamo o responsabilidad que pueda provenir de la participación de su hijo(a) en la actividad escolar.

En el evento de enfermedad o de herida, el personal escolar de SEDOL está autorizado de llevar a su hija (o) al hospital más cercano o a la clínica de emergencia. Su firma dada abajo indica que usted está de acuerdo de asumir toda responsabilidad y de pagar todo gasto que pueda resultar en caso de necesitar atención de emergencia.

En caso de una emergencia, ¿tiene su hija(o) una condición médica especial de la cual debemos de saber? (ataques, alergias) _____

Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____

Si durante el paseo su hijo(a) requiere prescripción médica, como una Epi-pen o inhalador para asma, o medicina no recetada, usted **DEBE** completar y regresar las formas apropiadas de permiso y las formas del médico.

Firma del Padre/Guardián

Teléfono

Fecha

No se permitirá que ningún niño(a) participe en un paseo educativo sin una forma de permiso firmada.