



Nome do/da aluno(a) _____ Escola _____ Data _____

INFORMAÇÃO GERAL

O(a) _____ está planejando uma excursão para _____

Objetivo da excursão _____

Destino da excursão _____ Telefone (____) _____

Endereço _____ Local de alojamento _____

Sairemos de _____ às _____ ☐ AM ☐ PM

em (data) _____. Voltaremos à escola em (dia) _____ (data) _____

às _____ ☐ AM ☐ PM ☐ O Itinerário está anexo ☐ A lista dos itens necessários está anexa

Tipo de Transporte

☐ Veículos Distritais ☐ Transporte Comercial ☐ ônibus Distrital ☐ Outro (explique) _____

Informação médica

Qualquer preocupação de saúde atual e nova deve ser anotada abaixo para garantir que o distrito forneça precauções adequadas durante o evento patrocinado pela escola. Por favor, liste condições como alergias, diabetes, convulsões, asma e quaisquer outras condições de saúde.

Sua criança precisa de medicamentos prescritos ou de venda livre relacionados à sua condição de saúde? ☐ Sim ☐ não

Se uma criança precisar de medicamentos prescritos ou mesmo livre de receita, você deve enviar um formulário HS 500 assinado pelo seu provedor de saúde. Este formulário está disponível na secretaria principal da escola ou no site do distrito.

Sua criança precisa de ajuda para aplicar protetor solar ou repelente de insetos? ☐ Sim ☐ não

Plano de Saúde? ☐ Sim ☐ não Nome da Companhia: _____

Plano Dentário? ☐ Sim ☐ não Nome da Companhia: _____

É recomendável que você tenha um Seguro Acidente Estudantil; planos de baixo custo e formulários estão disponíveis em www.myers-stevens.com

Nome do Provedor de Saúde/Clínica de Preferência: _____ Fone: _____

Nome do Dentista/Consultório de Preferência: _____ Fone: _____

Esta atividade fornece uma experiência de aprendizado para os alunos e permite a eles uma oportunidade de aplicar seu aprendizado em sala de aula. Se você tiver perguntas ou dúvidas sobre esta atividade, por favor, entre em contato: _____

Aprovação médica

Em caso de acidente ou doença, entendo um esforço razoável será feito para contatar imediatamente o pai/a mãe/o(a)tutor(a). Porém, se eu não estiver disponível, autorizo o distrito escolar a assegurar o atendimento médico de emergência, conforme necessário.

Apesar de entender que o distrito escolar fará um esforço razoável para fornecer um ambiente seguro, estou plenamente consciente de que existem os perigos e riscos imprevisíveis associados à participação na atividade, como lesões físicas e/ou morte. Sendo plenamente conscientes dos riscos,

Eu autorizo: (aluno(a)) _____ para participar da atividade.

Nome do pai/da mãe/tutor(a) _____ Telefone diurno (____) _____

Endereço de casa _____ Telefone noturno (____) _____

Contato de emergência _____ Telefone de emergência (____) _____

Assinatura do pai/da mãe/tutor(a) _____ Data _____

**A assinatura dos pais/tutores indica seu conhecimento e aprovação da atividade descrita acima.
É necessário devolver este formulário à escola antes que o(a) aluno(a) se envolva na atividade.**