



Sleepy Hollow Middle School
210 North Broadway • Sleepy Hollow, New York 10591 • 914-332-6275

**Sleepy Hollow Middle School
Permission Slip**

This is to certify that I have given _____
(name of student)

permission to attend a school trip to Washington D.C. on May 6th, 7th, and 8th, 2026. This trip will be taken under the supervision of Thomas Holland, Principal, who will represent the school.

Parent/Guardian Signature

Date

EMERGENCY MEDICAL TREATMENT FORM

Student's Name _____ Birth Date _____

Address _____

Parent's Names _____

Home Phone _____ Emergency Phone _____

Emergency Contact & Phone _____

Past Illnesses _____

Date of Last Tetanus _____

Allergies _____

Routine Medications _____

Current Health Concerns _____

Physician's Name & Number _____

I (We) hereby give permission for emergency medical treatment in the event I cannot be reached.

Parent/Guardian Signature

Date



Sleepy Hollow Middle School
210 North Broadway • Sleepy Hollow, New York 10591 • 914-332-6275

Please attach a copy of both sides of your Insurance Card.

Important Cancellation Agreement

In case of emergency or an unanticipated danger, the Board reserves the right to cancel, modify or shorten a field trip before, during, or after it has begun. Should the tour operator or other third party be unable or unwilling to refund any pre-paid costs, the Board will not be responsible for refunding any monies. While field trips are related to the curriculum, there is no requirement to participate, and non-participation will not impact your child's grade.

Should your child be unable to travel, refunds will not be given after **March 6, 2026**.

I give permission for my child to participate in the activity described above and understand that, should any cancellation or modification occur, prepaid cost may not be returned to me.

Parent/Guardian Signature

Date



Sleepy Hollow Middle School
210 North Broadway • Sleepy Hollow, New York 10591 • 914-332-6275

Escuela Intermedia de Sleepy Hollow
Hoja de permiso

Esto es para certificar que le he dado a _____
(nombre del estudiante)

permiso para asistir a un viaje escolar a Washington DC los días 6, 7 y 8 de mayo de 2026. Este viaje se realizará bajo la supervisión de Thomas Holland, Director, quien representará a la escuela.

Firma del padre/tutor

Fecha

FORMULARIO DE TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Nombres de los padres _____

Teléfono (casa) _____ Teléfono de emergencia _____

Teléfono y contacto de emergencia _____

Enfermedades pasadas _____

Fecha del último tétanos _____

Alergias _____

Medicamentos de rutina _____

Preocupaciones de salud actuales _____

Médico (nombre y teléfono) _____

Yo (nosotros) por la presente autorizo (damos) permiso para recibir tratamiento médico de emergencia en caso de que no se me pueda localizar.

Firma del padre/tutor

Fecha



Sleepy Hollow Middle School
210 North Broadway • Sleepy Hollow, New York 10591 • 914-332-6275

Adjunte una copia de ambos lados de su tarjeta de seguro.

Importante Acuerdo de Cancelación

En caso de emergencia o peligro imprevisto, la Junta se reserva el derecho de cancelar, modificar o acortar una excursión antes, durante o después de que haya comenzado. Si el operador turístico u otro tercero no puede o no quiere reembolsar los costos pagados por adelantado, la Junta no será responsable de reembolsar ningún dinero. Si bien las excursiones están relacionadas con el plan de estudios, no hay requisitos para participar y la falta de participación no afectará la calificación de su hijo.

Si su hijo/a no puede viajar, no se otorgarán reembolsos después del 6 de marzo de 2026.

Doy permiso para que mi hijo/a participe en la actividad descrita anteriormente y comprendo que, si se produce alguna cancelación o modificación, es posible que no se devuelva el costo prepagado.

Firma del padre/tutor

Fecha