STEELTON-HIGHSPIRE HIGH SCHOOL

Field Trip Permission Form

Your child's class will be attending a field trip to: New York City (Class of 2026 Senior Trip)

Date: May 13, 2026 Time: All day

Location: NYC

Cost: $ covered by class dues

Please return the permission slip below by:

I give permission for my child

to attend the field trip to on

In case of an emergency, I give permission for my child to receive medical treatment. _____
(Initials)

In case of such an emergency, please contact:

Name: **Phone:**

Parent/Guardian Signature: **Date:**

My Child does not require medication. _____

Medication

If your child needs to take medication during field trip hours, even if it is only for emergency situations, such as asthma or a bee sting, please complete the following section. All medications, even for emergencies only, require a written doctor's order with parent signature on file in the nurse's office. Teachers are not allowed to medicate students on field trips. We request that either a parent or a person designated by the parent (a non-school employee), accompany the child on the trip and be responsible for medicating the student. If you believe that your child is responsible enough to medicate themselves, you may send a single dosage of the medicine with them in the original bottle labeled by the pharmacist. Inhalers kept at school may be picked up by the student the morning of the trip or the day before the trip if they will leave before the start of school the next day. They must then be responsible for medicating themselves at the appropriate time.

***Any student that may require injectable medication must have a parent or parent designee accompany the child on the field trip. Thank you for your cooperation in this important matter.**

Name of Medication:

Dosage and time to be given:

_____ has my permission to give my child
(Parent/Guardian Name or Designee)

_____ this medication on the field trip.
(Student's Name)

_____ I give my permission for my child to self-medicate on the field trip. I understand that I must send a single dose of the medicine with my child on the day of the field trip in the bottle labeled by the pharmacist.

ESCUELA SUPERIOR / SECUNDARIA STEELTON-HIGHSPIRE

Formulario De Permiso Para Viaje De Excursiones / Jiras

Fecha: May 13, 2026 Hora: All day (todo el día)

Lugar: NYC

Organizador:

Por favor, devuelva el formulario de permiso antes de:

Doy permiso / consentimiento para que mi hijo/a

para asistir a la excursión a en

En caso de emergencia, doy permiso para que mi hijo/a reciba tratamiento médico. _____ (Iniciales)

En caso de emergencia, por favor, comuníquese con:

Nombre: **Teléfono:**

Firma de los Padres / Tutores: **Fecha:**

Mi hijo/a no requiere medicamento. _____

Medicamento

Si su hijo/a necesita tomar medicamentos durante las horas de la excursión, aunque sólo sea para situaciones de emergencia, como asma o una picadura de abeja, por favor complete la siguiente sección. **Todos los medicamentos, incluso sólo para emergencias, requieren una orden escrita del médico con la firma de los padres en el expediente en la oficina de la enfermera.** Los maestros **no están** autorizados a medicar a los estudiantes en los viajes de excursión. Solicitamos que uno de los padres o una persona designada por los padres (un empleado no escolar), acompañe al niño en el viaje y sea responsable de medicar al estudiante. **Si usted considera que su hijo/a es lo suficientemente responsable como para automedicarse, puede enviarle una sola dosis del medicamento en el frasco original etiquetado por el farmacéutico.** Los inhaladores que se guarden en la escuela podrán ser recogidos por el estudiante la mañana del viaje o el día antes del viaje si van a salir antes del comienzo de las clases al día siguiente. En ese caso, deberán encargarse de medicarse a sí mismos en el momento oportuno.

***Cualquier estudiante que pueda requerir un medicamento inyectable debe tener padre /madre o una persona designada por el padre a acompañar al/la estudiante en el viaje de excursión. Gracias por su cooperación en este importante asunto.**

Nombre de Medicamento

Dósis y hora de administración de medicamento:

_____ tiene mi permiso para dar a mi hijo/a
(Nombre del Padres/Tutor o Persona Designada)

_____ Este medicamento en el viaje de excursión.
(Nombre de Estudiante)

_____ Doy mi permiso para que mi hijo/a se automedique durante la excursión. Entiendo que debo enviar una sola dósis del medicamento con mi hijo/a el día de la excursión en el frasco etiquetado por el farmacéutico.