

FLEETWOOD AREA MIDDLE SCHOOL

407 North Richmond Street

Fleetwood, PA 19522

610-944-7634 Fax 610-944-5307

PARENT PERMISSION FOR FIELD TRIP EXPERIENCE

I grant permission for my child _____ in grade _____ to
accompany his/her class to _____ on _____ under the supervision of
_____. I understand that transportation is by: _____

To facilitate medical treatment, *please list all health conditions of which chaperones and/or the nurse should be aware in case of emergency. Also please list medications which your child currently takes/carries.*

Medical/Health conditions(s). _____

_____ My child is taking/carrying medication(s) at this time. List medications below:

_____ My child will need to take the above medication on the field trip. (*Parent must complete medication form, provide medication to school nurse one week prior to trip.*)

_____ My child will not need to take the medication during the field trip.

Please check these over-the-counter medications which the school nurse and/or chaperones have permission to administer to your child.

_____ Tylenol _____ Advil _____ Tums _____ Zyrtec (Allergic Reactions ONLY)

****Please have your child return this form to their homeroom teacher.***

Parent/Guardian Signature

Date

Alternate Contact

Phone number/home

Phone number/cell

Phone number/work

NOTE: Students will NOT be permitted to participate in field trips without written consent of a parent/guardian. Students are expected to behave appropriately at all times, in sight or out of sight of their chaperones. School rules and consequences will apply.

FLEETWOOD AREA MIDDLE SCHOOL

407 North Richmond Street

Fleetwood, PA 19522

610-944-7634 Fax 610-944-5307

PERMISO DE LOS PADRES PARA UNA EXCURSIÓN ESCOLAR

Autorizo a mi hijo/a _____, del grado _____, a acompañar a su clase a _____ el día _____ bajo la supervisión de _____. Entiendo que el transporte se realizará mediante: _____

Para facilitar la atención médica, por favor indique todas las condiciones de salud que los acompañantes y/o la enfermera escolar deban conocer en caso de emergencia. Asimismo, enumere los medicamentos que su hijo/a toma o lleva consigo actualmente.

Condición(es) médica(s) o de salud: _____

_____ Mi hijo/a está tomando o lleva consigo medicamentos en este momento. Enumere los medicamentos a continuación:

_____ Mi hijo/a necesitará tomar el medicamento mencionado durante la excursión. (El padre/madre debe completar el formulario de medicamentos y entregar el medicamento a la enfermera escolar una semana antes del viaje).

_____ Mi hijo/a no necesitará tomar el medicamento durante la excursión.

Por favor, marque los medicamentos de venta libre que la enfermera escolar y/o los acompañantes tienen permiso para administrar a su hijo/a.

_____ Tylenol _____ Advil _____ Tums _____ Zyrtec (SOLO para reacciones alérgicas)

***Por favor, pídale a su hijo/a que devuelva este formulario a su maestro/a tutor(a).**

Firma del padre/madre o tutor

Fecha

Contacto alternativo

Número de teléfono (casa)

Número de teléfono (celular)

Número de teléfono (trabajo)

NOTA: NO se permitirá a los estudiantes participar en excursiones sin el consentimiento por escrito de un padre, madre o tutor. Se espera que los estudiantes se comporten adecuadamente en todo momento, ya sea que estén a la vista de los acompañantes o no. Se aplicarán las normas y consecuencias escolares.