

Fowler Middle School 8th Grade College Field Trip

When: Monday, October 19, 2026

Please return this signed permission slip **along with the $15 lunch payment** by this Thursday, October 15. If you need a scholarship, simply mark the box below. Students get to eat lunch on the campus they are visiting.

*Both the permission slip and payment, or scholarship request, are required **before** your child can attend the field trip.*

If your family is in a position to contribute a little extra to help cover the cost for other students who may need assistance, we would very much appreciate any additional contributions. Please include it with your student's payment for planning purposes. Your generosity will make a meaningful difference and ensure that all of our students can enjoy this special day. Thank you.

☐ My student will need a scholarship

☐ My student has special dietary needs: _____

This permission slip must be returned to the Main Office no later than Thursday, October 15.

Liability Release Form

Name: _____

Address: _____

Parent/Guardian Name(s): _____

Home Phone: _____

Parent/Guardian Work Phone (Father): _____ (Mother): _____

Emergency Contact (Other than Parent/Guardian): _____

Emergency Phone: _____

I, the parent of the above-named student grant permission for my child to participate in the above described activity.

In consideration of my child's participation in the aforementioned activity, ((we) waive and release any and all rights and claims for losses and damage that I (we or our child) may have against Tigard-Tualatin School District. This release shall be binding upon o ur representative, successors, and assignees.

Furthermore, I (we) recognize that providing personal accident insurance and payment of medical expenses our child may sustain due to participation in activities is my (we or our child's) responsibility

In the event that my child may require(s) emergency medical treatment while participating in the previously mentioned activities, I hereby authorize my child to receive emergency medical treatment as may be necessary, including transport by ambulance.

Signature of Parent/Guardian _____ Date: _____



Escuela Secundaria Fowler 8vo Grado Excursión de Universidad

Cuándo: Lunes, 19 de Octubre, 2026

Por favor, devuelva este formulario de autorización firmado **junto con el pago de 15 dólares para el almuerzo** antes del jueves 15 de octubre. Si necesita una beca, simplemente marque la casilla de abajo.

Los estudiantes pueden almorzar en el campus que están visitando.

Es necesario presentar tanto el formulario de autorización como el pago, o la solicitud de beca, para que su hijo pueda asistir a la excursión.

Si su familia tiene la posibilidad de aportar un poco más para ayudar a cubrir los gastos de otros estudiantes que puedan necesitar apoyo, agradeceríamos mucho cualquier contribución adicional. Por favor, inclúyelo en el pago de su estudiante para facilitar la planificación. Su generosidad marcará una diferencia significativa y garantizará que todos nuestros estudiantes puedan disfrutar de este día tan especial. Gracias.

☐ Mi estudiante necesitará una beca

☐ Mi estudiante tiene necesidades dietéticas especiales: _____

Este formulario de permiso debe ser devuelto a la oficina principal a más tardar el jueves 15 de octubre .

Formulario de Liberación de Responsabilidad

Nombre: _____

Dirección: _____

Nombre(s) de Padre/Tutor: _____

Teléfono de Casa: _____

Teléfono de Trabajo (Padre/Tutor): _____ (Madre/Tutor): _____

Contacto de Emergencia (Aparte de Padres/Tutores): _____

Teléfono de Emergencia: _____

Yo, como padre/madre del estudiante mencionado anteriormente, autorizo a mi hijo/a a participar en la actividad descrita anteriormente.

En consideración a la participación de mi hijo/a en la actividad antes mencionada (nosotros) renunciamos y liberamos al Distrito Escolar de Tigard-Tualatin de cualquier responsabilidad por pérdidas y daños que yo (nosotros o nuestro hijo/a) pudiéramos tener en su contra. Esta exención de responsabilidad será vinculante para nuestros representantes, sucesores y cesionarios.

Además, reconozco (reconocemos) que es mi (nuestra o de nuestro/a hijo/a) responsabilidad proporcionar un seguro contra accidentes personales y cubrir los gastos médicos en los que pueda incurrir nuestro hijo/a debido a su participación en las actividades.

En caso de que mi hijo o hija necesite atención médica de emergencia mientras participa en las actividades mencionadas anteriormente, autorizado que reciba la atención médica de emergencia que sea necesaria, incluido el traslado en ambulancia.

Firma del padre, madre o tutor _____ Fecha: _____