

Cumberland County School District
PARENT/GUARDIAN
INFORMED CONSENT FOR FIELD TRIP

Student Name _____ School _____ Date _____

General Information	
The _____	
is planning a trip to _____	
The purpose of this trip is _____	
Trip Destination _____	Phone No. (_____) _____
Address _____	Place of Lodging _____
We will leave from _____ about (time) _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
on (date) _____ We will return to the school on (day) _____ (date) _____	
at about (time) _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Itinerary is attached <input type="checkbox"/> List of items needed is attached	
Attending: number of students _____ minimum number of adults/chaperones _____	

Type of Transportation		
<input type="checkbox"/> District Vehicle	<input type="checkbox"/> Commercial Transportation	<input type="checkbox"/> District Bus
<input type="checkbox"/> Other (explain) _____		

Medical Information	
The following special health problems should be noted and adequate precautions taken (list such items as unusually severe reaction to bee stings, other severe allergies, hemophilia, diabetes, heart disease, etc.)	

The following medications, prescriptions or special diets are needed: _____	

Medical Release	
In the event of an accident or illness, I understand that reasonable effort will be made to contact the parent/guardian immediately. However, if I am not available, I authorize the school district to secure emergency medical care as needed.	
Does your child have Medical Insurance coverage? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
It is recommended that all students have medical or student accident insurance.	
<input type="checkbox"/> Student accident insurance is available through _____ . Contact the school office for details.	
Name of Preferred Doctor _____	Phone No. (_____) _____
Name of Insurance Carrier _____	Policy No. _____

This activity provides a learning experience for the students and allows them an opportunity to apply their classroom learning. If you have questions or concerns about this activity, please contact _____.

Although I understand that the school district will make reasonable effort to provide a safe environment, I am fully aware of the special dangers and risks inherent in participating in the activity, including physical injury and/or death. Being fully aware of the risks, I hereby give consent for (student) _____ to participate in the activity.

Parent/Guardian Name _____ Day Phone (_____) _____
 Home Address _____ Evening Phone (_____) _____
 Emergency Contact _____ Emergency Phone (_____) _____
 Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

Parent/Guardian signature reflects their knowledge and approval of the activity described above. This form must be returned to school before the student is involved in the activity.

Por favor responda
en inglés

Cumberland County School District
PADRE/MADRE/APODERADO CONSENTIMIENTO
INFORMADO PARA EXCURSIONES

Spanish
Field Trip
Permission form

Nombre del alumno _____ Escuela _____ Fecha _____

Información general

La _____
está planeando un viaje a _____
El propósito de este viaje es _____
Destino del viaje _____ Número telefónico (____) _____
Dirección _____ Lugar de alojamiento _____
Saldremos desde _____ alrededor de las (hora) _____ AM PM
el (fecha) _____ Regresaremos a la escuela el (día) _____ (fecha) _____
alrededor de las (hora) _____ AM PM Se adjunta el itinerario Se adjunta lista de artículos necesarios
Asistirán: cantidad de alumnos _____ cantidad mínima de adultos/acompañantes _____

Tipo de transporte

Vehículo del distrito Transporte comercial Autobús del distrito
 Otro (explique) _____

Información médica

Deben tomarse en cuenta los siguientes problemas de salud especiales y llevarse a cabo las precauciones pertinentes (anote afecciones como reacciones inusualmente graves a la picadura de abejas, otras alergias graves, hemofilia, diabetes, afecciones cardíacas, etc.)

Se necesitan los siguientes medicamentos, recetas o dietas especiales: _____

Autorización médica

En caso de un accidente o enfermedad, comprendo que se realizarán esfuerzos razonables por comunicarse inmediatamente con los padres/apoderados. Sin embargo, si no me pueden ubicar, autorizo a que el distrito escolar procure la atención médica de urgencia que sea necesaria.

¿Su hijo tiene cobertura de seguro médico? sí no

Se recomienda que todos los alumnos tengan un seguro médico o un seguro estudiantil contra accidentes.

Puede obtener un seguro estudiantil contra accidentes mediante _____. Comuníquese con la oficina de la escuela para obtener mayor información.

Nombre del médico preferido _____ Número telefónico (____) _____

Nombre de compañía de seguros _____ No. de póliza _____

Esta actividad proporciona una experiencia de aprendizaje a los alumnos y les permite aplicar lo que han aprendido en la sala de clases. Si tiene preguntas o dudas sobre esta actividad, comuníquese con _____.

Aunque comprendo que el distrito escolar realizará todos los esfuerzos razonables por proporcionar un entorno seguro, estoy totalmente consciente sobre los peligros especiales y riesgos inherentes de participar en la actividad, incluyendo lesiones y/o la muerte. Con total conciencia de los riesgos, autorizo que (student) _____ participe en la actividad.

Nombre del padre/madre/apoderado _____ Teléfono diurno (____) _____

Dirección hogar _____ Teléfono nocturno (____) _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono de emergencia (____) _____

Firma del padre/madre/apoderado _____ Fecha _____

La firma del padre/madre/apoderado indica su conocimiento y aprobación de la actividad antedicha. Este formulario debe devolverse a la escuela antes de que el alumno participe en la actividad.