



## MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS PARENT PERMISSION FORM -- FIELD TRIP

Field trips are not mandatory. They are designed to enhance curriculum, to encourage student participation in extra-curricular activities, and to serve as community service projects.

### SECTION I. IDENTIFYING INFORMATION

SCHOOL BridgePrep Academy of Village Green DATE \_\_\_\_\_  
 STUDENT'S NAME \_\_\_\_\_ I.D. NO. \_\_\_\_\_ GRADE/HR \_\_\_\_\_

### SECTION II. NOTIFICATION TO PARENT

6th Grade is planning a field trip for BridgePrep Academy of Villag to Bird Bowl  
School Group Sponsor Name Name of School Group Destination

The purpose of the trip is Team Building

TRANSPORTATION: Private Vehicle \_\_\_\_\_ Bus \_\_\_\_\_ Airline \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_  
Name of Carrier Please Specify

This trip will be chaperoned by \_\_\_\_\_ Cost to each student \$ 0.00  
(Total Number of Chaperones)

I understand that if I am unable to pay for the cost of this trip, and I want my child to participate, where appropriate, my child will be given an opportunity to raise funds through authorized fund-raising activities, or be given assistance in identifying another funding source. (This provision does not apply to activities not directly related to classroom instruction, e.g., Grad Nite, football games, banquets.)

DATES OF TRIP: *(Include departure/return time)* FROM December 4, 2015 9:00 AM TO December 4, 2015 12:30 P.M.

--The above time schedule and/or personnel may be changed due to unforeseen circumstances. --

PLEASE KEEP THE TOP PORTION FOR YOUR INFORMATION.

RETURN THE BOTTOM PORTION TO THE TEACHER.

### SECTION III. PARENT/GUARDIAN'S WRITTEN PERMISSION TO PARTICIPATE IN ACTIVITY

I hereby give permission for my child \_\_\_\_\_ Student I.D. No. \_\_\_\_\_  
(Child's Name)

to participate in the field trip to Bird Bowl  
(Destination)

DATES OF TRIP: *(Include departure/return time)* FROM December 4, 2015 TO December 4, 2015

I have completed the EMERGENCY CONTACT INFORMATION in Section IV (see below).

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

### SECTION IV. EMERGENCY CONTACT INFORMATION

1. Name of parent/guardian \_\_\_\_\_
2. Parent/Guardian Phone No(s). Home \_\_\_\_\_ Business \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_
3. In case parent/guardian cannot be reached, please contact: \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Telephone No. \_\_\_\_\_
4. Please list any insurance policy covering your child \_\_\_\_\_ Policy No. \_\_\_\_\_
5. Physician's Name \_\_\_\_\_ Telephone No. \_\_\_\_\_
5. Only if applicable, complete the following:
  - a. My child has the following medical problem: \_\_\_\_\_
  - b. My child takes the following medications regularly: \_\_\_\_\_  
 (Proper Medical form #2702 is on file at the school)
  - c. My child has the following allergies: \_\_\_\_\_

I AUTHORIZE MEDICAL TREATMENT FOR MY CHILD IN CASE OF ACCIDENT OR ILLNESS WHILE ON THE TRIP.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_



# MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA PADRES - EXCURSIONES

Las excursiones no son obligatorias. Las mismas son planificadas a fin de realizar el programa de estudios, alentar la participación de los estudiantes en actividades extracurriculares y servir como proyectos de servicios a la comunidad.

### SECCION I. DATOS DE IDENTIFICACION

ESCUELA BridgePrep Academy of Village Green FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL (DE LA) ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ NO. DE IDENTIFICACION \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_

### SECCION II. NOTIFICACION A LOS PADRES

6th Grade planea una excursión con BridgePrep Academy of Villa a Bird Bowl  
Nombre del(de la) patrocinador(a) (Nombre del Grupo) (Destino)

El propósito de la excursión es Team Building

TRANSPORTE: Vehículo Privado \_\_\_\_\_ ómnibus \_\_\_\_\_ Aerolínea \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
(Nombre de la compañía) (Por favor, especifique)

Esta excursión será supervisada por \_\_\_\_\_ Costo por estudiante \$ 0.00  
(Numero de Chaperones)

Entiendo que si deseo que mi hijo(a) participe y no puedo pagar el costo de esta excursión, cuando sea posible, a mi hijo(a) se le dará la oportunidad de recaudar fondos mediante actividades de recolección de fondos o se le asistirá en la identificación de otras fuentes de recursos financieros (Esta medida no se aplica a las actividades que no se relacionen directamente con la instrucción que se realiza en las aulas, como por ejemplo, la noche de los graduados o "Grad Nite", los juegos de fútbol y los banquetes.)

FECHA: *(Incluir hora de salida y llegada)* DE December 4, 2015 A December 4, 2015

-- El horario o el personal pueden ser cambiados por circunstancias imprevistas --

PARA QUE SE MANTEGA INFORMADO(A) POR FAVOR CONSERVE LA PORCION SUPERIOR

POR FAVOR DEVUELVA LA PORCION INFERIOR A LA ESCUELA

### SECCION III. AUTORIZACION DE PADRES/TUTORES PARA QUE EL(LA) ESTUDIANTE PARTICIPE EN LA EXCURSION

Le doy la autorización para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ No. de Identificación \_\_\_\_\_  
Nombre del (de la) niño(a)

participe en la excursión a Bird Bowl  
Destino

FECHA: *(Incluir hora de salida y llegada)* DE December 4, 2015 A December 4, 2015

He llenado los datos SOBRE A QUIEN LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA de la Sección IV (a continuación).

FIRMA DEL PADRE/DE LA MADRE O TUTOR(A) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

### SECCION IV. DATOS SOBRE A QUIEN LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA

1. Nombre del padre/de la madre o tutor(a) \_\_\_\_\_
2. No. de teléfono del padre/de la madre o tutor(a) Casa \_\_\_\_\_ Empleo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_
3. Si los padres o tutor(a) no pueden ser localizados, por favor comuníquense con \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ No. de teléfono \_\_\_\_\_
4. Póliza(s) de seguro que cubren a su hijo(a) \_\_\_\_\_ No. de Póliza(s) \_\_\_\_\_
5. Nombre del médico \_\_\_\_\_ No. de teléfono \_\_\_\_\_
5. Llene lo siguiente solamente si aplica a su hijo(a):
  - a. Mi hijo(a) tiene el siguiente problema médico: \_\_\_\_\_
  - b. Mi hijo(a) toma las siguientes medicinas con regularidad: \_\_\_\_\_  
(El correspondiente formulario médico 2702 está archivado en la escuela)
  - c. Mi hijo(a) tiene las siguientes alergias: \_\_\_\_\_

AUTORIZO A QUE SE DE TRATAMIENTO MEDICO A MI HIJO(A) EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD MIENTRA SE ENCUENTRE EN ESTE VIAJE

FIRMA DEL PADRE/DE LA MADRE O TUTOR(A) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_