

Kennett Consolidated School District
Field Trip Permission

Trip to _____ **Date** _____

Student's Name _____ Grade /Teacher _____

Mother's Name _____ Father's Name _____
Phone (H) _____ (W) _____ Phone (H) _____ (W) _____
Cellular or Beeper _____ Cellular or Beeper _____

Emergency contact if parent or guardian cannot be reached:
Name _____ Phone (H) _____ (W) _____

Is your child allergic to bee stings? No Yes If yes, explain reaction and treatment _____
Is your child allergic to medication, food, or other substances? No Yes If yes, list allergies _____

Health concerns that require special attention (such as asthma, seizures, cardiac problem, diabetes) _____

Prescription Medication(s) Required for Field Trips

List only prescription medication that *must* be given during the field trip. Each medication requires a physician order and the exact dose of medication must be supplied in a properly labeled, original container with only the amount of medication that will be needed (i.e. one pill). Per school district policy, students may carry *only* emergency medication such as inhalers, epipen, or insulin. All other medications will be carried by the nurse or responsible adult.

1. Medication _____ Dose _____
Time(s) to be given _____ Reason _____

2. Medication _____ Dose _____
Time(s) to be given _____ Reason _____

If school personnel are unable to contact you or any of the people listed on this card, they will make whatever arrangements seem necessary in an emergency – at no expense to the school district.

Medical insurance _____ Policy # _____

I have read the above information and give permission for my child to attend this field trip.

Signature of Parent/Guardian

Date

Kennett Consolidated School District
Permiso para Viaje Escolar

Viaje a _____ Fecha _____

Nombre del Estudiante _____ Grado/Maestro(a) _____
Nombre de la Madre _____ Nombre del Padre _____
Teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____ Teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____
Teléfono Celular o Beeper _____ Teléfono Celular o Beeper _____

En caso de emergencia, favor de contactar a:

Nombre _____ Teléfono (casa) _____ (trabajo) _____

¿Tiene su hijo/a alergia a las abejas? No Sí Si tiene esta alergia, favor de explicar la reacción y el tratamiento _____

¿Tiene su hijo/a alergia a algún medicamento, alimento u otra sustancia? No Sí Si tiene, favor de explicar _____

Favor de informarnos sobre cualquier condición médica que requiera atención especial, por ejemplo, asma, problemas cardiacos, diabetes, epilepsia, enfermedades crónicas _____

Medicamentos Prescritos Requeridos para el Viaje Escolare (Field Trip)

Escriba sólo el medicamento con receta que debe administrarse durante el viaje. Todo medicamento debe ser recetado por el doctor, el padre o guardian deve enviar solamete la dosis necesaria para ese dia; (ejemplo: una pastilla, inhalador, epipen o insulina) estas deberan ser entregadas en el embase original. Los estudiantes deben tener permiso para llevar medicamentos tales como inhaladores, epipen o insulina. Todos los otros medicamentos enviados por los padres seran administrados por la enfermera o el padre/guardian durante la excursion.

1. Medicacion _____ Dosis _____
Hora en que debe ser administrada _____ Razon _____

2. Medicacion _____ Dosis _____
Hora en que debe ser administrada _____ Razon _____

Si el personal de la escuela no puede contactarle a usted o a otra persona que aparece en esta tarjeta. En caso de una emergencia se haran los arreglos necesarios, sin costo alguno para el distrito escolar.

Seguro Médico _____ Número de Identificación _____

He leído la información arriba indicada y doy permiso para que mi hijo(a) vaya en este viaje escolar (field trip.)

Firma de Padre/Guardián

Fecha