

WESTERN PLACER UNIFIED SCHOOL DISTRICT
FIELD TRIP/TRAVEL PERMISSION FORM

Date: _____

The students at **FIRST STREET SCHOOL** are taking a bus _____, are walking _____ to
_____ on _____

The group will be supervised by _____

We will leave at _____ and return at approximately _____

For your convenience, a sack lunch is available through the district food services. Please **mark** the box to order a lunch. Purchase of the sack lunch (beverage included) may be bought through lunch ticket or cash.

Western Placer Unified School District does not provide medical coverage for students. School time accident insurance may be purchased at the school office.

If your student is covered by accident insurance, please indicate your insurance carrier and policy number.

PRICE FOR FIELDTRIP: \$

Signature of Teacher

Detach and return bottom portion to school

My child will require a sack lunch from the cafeteria for this trip: YES _____ NO _____

_____ has my permission to attend the trip on _____ and I give my
Student's Name Date

permission for the teachers in charge to take my child to the nearest emergency medical facility, if needed.

Parent Signature Date

Home Address Cell Phone Work Phone

Emergency Person, Other than Parent Phone Number Relation to Student

List Any Medications the Child Is Presently Taking

Allergies or Other Health/Medical Problems, PLEASE BE SPECIFIC

Medical Insurance Group # or Med.-Cal #

Teacher Destination

Yes, I would like to volunteer for this field trip: _____
Name of Volunteer

WESTERN PLACER UNIFIED SCHOOL DISTRICT
FIELD TRIP/TRAVEL PERMISSION FORM

Fecha _____

Los estudiantes de la **ESCUELA CALLE PRIMERA** van a tomar un camión _____ , una caminata _____
a _____ el día _____

El grupo va ser supervisado por _____

Nosotros saldremos a las _____ y regresaremos aproximadamente a las _____.

Para su propia conveniencia disponemos de una bolsa de almuerzo (incluyendo bebida) para los estudiantes a través de los servicios de comida del distrito. Por favor marque el espacio en blanco abajo si usted quiere comprar la bolsa de almuerzo. La compra se puede hacer a través de un boleto de lonche o con dinero.

El Distrito Escolar de Western Placer no provee seguro médico para los estudiantes. Usted puede comprar seguro contra accidente ocurridos en la hora de la escuela en la oficina de la escuela.

Si su estudiante esta cubierto por algún seguro contra accidentes, por favor indique el nombre de la seguridad y el numero de la póliza.

PRECIO DEL VIAJE: \$ _____

Firma de Maestro/a

SEPARE Y DEVUELVA ESTA PORCION A LA ESCUELA

Mi hijo/a va a comprar una bolsa de lonche de la cafetería para la excursión: SI _____ NO _____

_____ tiene mi permiso para ir a la excursión el día _____ y doy mí
Nombre de Estudiante fecha

consentimiento a cargo para llevar a mi hijo/a al centro médico más cerca en caso de necesidad.

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Domicilio de Hogar

Teléfono de Hogar y Trabajo

Nombre de Persona en Caso de Emergencia, (No Padres)

Teléfono y Relación al Estudiante

Escriba Cualquier Medicamento Que Su Hijo/a Que Este Tomando

Alergias o Otros Problemas de Salud/Médicos, **POR FAVOR SEA ESPACIFICO**

Seguro

Numero de Póliza ó Medi-Cal

Maestro

Destino

Me gustaría ir a esta excursión como voluntario/a: _____
Nombre de Voluntario/a