

LEAD ACADEMY

Field Trip Permission Form

My son/daughter _____, has my permission to go with his/he class to _____.
on _____. The purpose of this trip is _____.
On the date of this field trip, I can be reached at home at telephone number _____.
Or at work at this telephone number _____.
My student will ___/will not ___ need a school lunch. (please check one)

Signature of Parent/Legal Guardian

Date

Limited Power of Attorney

If a serious emergency arises, it may be necessary for a physician to attend your son/daughter before the staff could get in touch with you or your designated physician. Such care can be provided only if you sign the following
AUTHORIZATION FOR MEDICAL TREATMENT.

I give the teacher or administrator in charge of my son/daughter limited power of attorney to act in my absence and see that my son/daughter, _____
Gets whatever medical treatment is necessary in case of sickness or accident.

List any medical exemptions (allergies, blood transfusions, etc.) for you child.

List any significant health problems.

My child is presently taking the following medicine prescribed by the doctor.

Name of Medicine: _____

Amount taken: _____

Signature of Parent/Legal Guardian

Date

Family Health and Accident Insurance Carrier _____
Policy Number _____

**LEAD ACADEMY
PARENTAL PERMISSION FOR
MEDICATION TO BE GIVEN ON A FIELD TRIP**

This form and the medication must be given directly to the person administering medication on the trip at least one (1) school day before the trip. All medication must be in the original container, clearly labeled with the students name. Only the amount of medication needed on the trip should be sent.
Physician's written authorization is required for all prescription medication.

STUDENT'S NAME: _____
DATE(S) OF THE TRIP: _____
TIMES OF THE TRIP: _____
DESTINATION: _____

TEACHER IN CHARGE OF THIS TRIP: _____

NAME OF MEDICATION	DOSAGE	TIME TO BE GIVEN

* If your child is required by a physician to have this medication on his/her person while on this trip, prior arrangements must be made with the school nurse.

I understand that all medication will be provided by me in the original container, clearly marked with my child's name and given directly to the person on charge of medication administration on this trip. Permission is granted to share this information with other individuals who will have direct responsibility for my child. The first dose will be given at home so that I can monitor adverse reactions.

Signature of Parent/Legal Guardian

Date

FOR TEACHER'S USE - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

NAME OF MEDICATION	DOSAGE	DATE AND TIME GIVEN	INITIALS

SIGNATURE OF PERSON GIVING MEDICATIONS

SCHOOL POSITION

DATE OF TRIP

**LEAD ACADEMY
FIELD TRIP FINAL CHECKLIST**

***TO BE FILLED OUT BY STAFF MEMBER RESPONSIBLE FOR THE FIELD TRIP**

****ALL BOXES MUST BE CHECKED AND PAPER TURNED IN TO CARLIE SMITH MINIMUM OF 24 HOURS BEFORE TRIP.**

IF CARLIE IS NOT ON CAMPUS, FORM SHOULD BE SUBMITTED TO FRONT OFFICE. NO STUDENTS SHOULD LEAVE CAMPUS WITHOUT THIS FORM ALONG WITH ACCOMPANYING COPIES OF PERMISSION FORMS TURNED IN.

- ☐ Classroom/Grade level(s) attending the field trip _____
- ☐ Location of trip _____
- ☐ Times for trip _____
- ☐ Number of chaperones _____
- ☐ Chaperones information: Name, Address, Phone
Number: _____

- ☐ Number of students _____
- ☐ Number of Permission slips received, copies should be provided with the checklist

- ☐ Primary contact for trip (staff member who is in charge) _____
- ☐ Number of lunches _____

LEAD ACADEMY
Formulario de permiso de viaje

Mi hijo / hija _____, tiene mi permiso para ir con su clase a _____
en _____. El propósito de este viaje es _____.
En la fecha de este viaje de campo, se me puede contactar en casa al número de teléfono _____
O en el trabajo en este número de teléfono _____
Mi estudiante ____/no necesita ____ si necesita almuerzo escolar. (circule uno)

Poder limitado

Si surge una emergencia grave, puede ser necesario que un médico asista a su hijo / a antes de que el personal pueda ponerse en contacto con usted o su médico designado. Dicha atención se puede brindar sólo si usted firma la siguiente AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO.

Le doy al maestro o administrador a cargo de mi hijo / hija el poder limitado para actuar en mi ausencia y ver que mi hijo / hija,

Obtiene cualquier tratamiento médico que sea necesario en caso de enfermedad o accidente.

Haga una lista de las exenciones médicas (alergias, transfusiones de sangre, etc.) para su hijo.

Enumere cualquier problema de salud significativo.

Mi hijo actualmente está tomando el siguiente medicamento recetado por el médico.

Nombre de la medicina: _____

Monto tomado: _____

Medico Familiar y Nombre de Seguro Medico: _____

Número de póliza _____

Firma del padre / tutor legal

Fecha

LEAD ACADEMY
PERMISO PARENTAL PARA
MEDICAMENTOS QUE DEBEN DARSE EN UNA EXCURSIÓN

Este formulario y el medicamento deben entregarse directamente a la persona que administra el medicamento en el viaje al menos una (1) jornada escolar antes del viaje. Todos los medicamentos deben estar en el envase original, claramente etiquetados con el nombre del estudiante. Solo se debe enviar la cantidad de medicación necesaria en el viaje.
Se requiere una autorización escrita del médico para todos los medicamentos recetados.

EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____
FECHA (S) DEL VIAJE: _____
HORARIOS DEL VIAJE: _____
DESTINO: _____
MAESTRO A CARGO DE ESTE VIAJE: _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	HORARIO (CADA CUANDO)

*Si un médico requiere que su hijo tenga este medicamento en su persona durante este viaje, se deben hacer arreglos previos con la enfermera de la escuela.
Entiendo que todos los medicamentos los proporcionaré en el envase original, claramente marcados con el nombre de mi hijo y entregados directamente a la persona a cargo de la administración de los medicamentos en este viaje. Se concede permiso para compartir esta información con otras personas que tendrán la responsabilidad directa de mi hijo. La primera dosis se administrará en casa para que pueda controlar las reacciones adversas.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

PARA USO DEL MAESTRO - NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	HORA DADA	INICIALES

FIRMA DE LA PERSONA DANDO EL MEDICAMENTO

Posición en la escuela

Fecha

LEAD ACADEMY
LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EXCURSION

*** PARA SER COMPLETADO POR MIEMBRO DEL PERSONAL RESPONSABLE DEL VIAJE DE CAMPO**

*** TODAS LOS FORMULARIOS DEBEN SER COMPROBADAS Y ENTREGADOS A CARLIE SMITH CON UN MÍNIMO DE 24 HORAS ANTES DE LA EXCURSION. SI CARLIE NO ESTÁ EN LA ESCUELA, EL FORMULARIO DEBE ENVIARSE A LA OFICINA PRINCIPAL. NINGÚN ESTUDIANTE DEBERÁ ABANDONAR LA ESCUELA SIN ESTE FORMULARIO JUNTO CON LAS COPIAS ACOMPAÑANTES DE LOS FORMULARIOS DE PERMISO ENVIADOS.**

- ☐ Nivel de grado (s) que asisten al viaje de estudios _____
- ☐ Ubicación del viaje _____
- ☐ Horarios del viaje _____
- ☐ Numero de Chaperones _____
- ☐ Información de Chaperones: nombre, dirección, teléfono
Numero: _____

- ☐ Numero de estudiantes: _____
- ☐ Número de hojas de permiso recibidas, se deben proporcionar copias con la lista de verificación

- ☐ Contacto principal para el viaje (miembro del personal que está a cargo)

- ☐ Numero de almuerzos
