

Coatesville Area School District
PARENT/GUARDIAN
INFORMED CONSENT FOR FIELD TRIP

Student Name _____ School Reeceville Elementary Date 10/25/2019 Dve

General Information

The Reeceville 4th Grade Class
 is planning a trip to Brandywine River Museum
 The purpose of this trip is State Standards for Art and Language Arts
 Trip Destination Brandywine Museum Phone No. (610) 388-2700
 Address Hoffman's Mill Rd. Chaddsford PA 19317 Place of Lodging N/A
 We will leave from Reeceville Elementary about (time) 9:15 AM PM
 on (date) 10/29/19 We will return to the school on (day) 10/29/19 (date) _____
 at about (time) 12:10 AM PM Itinerary is attached List of items needed is attached
Attending: number of students N/A minimum number of adults/chaperones N/A

Type of Transportation

District Vehicle Commercial Transportation District Bus
 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? yes no
 It is recommended that all students have medical or student accident insurance.
 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 Mrs. Sayles at saylesm@casdschools.org.

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

Coatesville Area School District
**PADRE/MADRE/APODERADO CONSENTIMIENTO
INFORMADO PARA EXCURSIONES**

Spanish

Field Trip
Permission form

Para Entregar
Fecha 10/25/2019

Nombre del alumno _____ Escuela Reeceville Elementary

Información general

La Reeceville 4th Grade Class
está planeando un viaje a Brandywine River Museum
El propósito de este viaje es State Standards for Art and Language Arts
Destino del viaje Brandywine Museum Número telefónico (610) 388-2700
Dirección Hoffman's Mill Rd. Chaddsford PA 19317 Lugar de alojamiento N/A
Saldremos desde Reeceville Elementary alrededor de las (hora) 9:15 AM PM
el (fecha) 10/29/19 Regresaremos a la escuela el (día) 10/29/19 (fecha) _____
alrededor de las (hora) 12:10 AM PM Se adjunta el itinerario Se adjunta lista de artículos necesarios
Asistirán: cantidad de alumnos N/A cantidad mínima de adultos/acompañantes N/A

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 Mrs. Sayles at saylesm@casdschools.org.

* 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.