

TRIP INFORMATION

PARENTAL PERMISSION

موافقة الأهل

رحلة مدرسية

School	مدرسة	School Phone	هاتف المدرسة	Grade/Room	صف/قسم	Date Prep.	تاريخ الإعداد
Teacher	المدرس	Destination	الجهة				

Educational Purpose of Trip

الغرض التربوي من الرحلة

Date of Trip	تاريخ الرحلة	Leave Time	وقت المغادرة	Return Date	وقت الرجوع	Trip Itinerary summary	ملخص لتفاصيل الرحلة
Method of Transportation	وسيلة المواصلات	Cost to Student	التكلفة للتعلم	Student Lunch	وجبة الغذاء [] يحضرها التلميذ	لا داعي [] Not need [] تعطي له Provided [] يشتريها Buy [] يحضرها Bring []	

يرجى ملء البيانات فصل هذا الجزء ثم إعادته إلى المدرس

STUDENT INFORMATION

بيانات التلميذ

Name of student: _____ I.D.#: _____ Date of Birth: _____ تاريخ الميلاد: _____ رقم التلميذ: _____ اسم التلميذ: _____

PARENT/GUARDIAN INFORMATION

بيانات الآباء / أولياء الأمور

1. Parent/Guardian: _____ Home Address: _____ العنوان: _____

Home Phone: _____ هاتف المنزل Work Phone: _____ هاتف العمل Cell Phone: _____ الخلوي

2. Parent/Guardian: _____ Home Address: _____ عنوان: _____

Home Phone: _____ هاتف المنزل Work Phone: _____ هاتف العمل Cell Phone: _____ الخلوي

Student lives with (check all that applies): ☐ Father ☐ Mother ☐ Guardian ☐ ولي الأمر ☐ الأب ☐ الأم

EMERGENCY CONTACTS

الاتصال للطوارئ

If the parents/guardians cannot be reached, the school will call the people listed below. The people listed below should be responsible individuals who can:

1) give permission to administer health care; 2) pick up your child if your child is ill; 3) have the authority to speak on behalf of the parents or legal guardians.

إذا كان من غير الممكن الاتصال بالآباء / أولياء الأمور فستتصل المدرسة بالأشخاص المذكورين أسفله. وهؤلاء الأشخاص المذكورين أسفله يجب أن يكونوا أشخاصا مسئولين بحيث يستطيعوا أن (١) يسمحوا بإجراءات الرعاية الصحية: (٢) يتسلموا ابنكم/ابنتكم في حالة المرض: (٣) لديهم سلطة التحدث باسم الآباء / أولياء الأمور.

Name: _____ الاسم: _____

Home Phone: _____ هاتف البيت: _____

Work Phone: _____ هاتف العمل: _____

Cell Phone: _____ الخلوي: _____

HEALTH INFORMATION

بيانات الحالة الصحية

If permission is granted, please provide the following medical information or if your child does not have any of the health conditions listed below, please write "none".

إذا وافقتم على مشاركة ابنكم/ابنتكم فيرجى إعطاء بيانات الحالة الصحية التالية. وإذا لم يعاني ابنكم/ابنتكم من أحد هذه الحالات فيرجى كتابة عبارة "لا يوجد".

Medication/s being taken by student: _____ أدوية يتناولها ابنكم

Allergies to foods, drinks, insect bites, medications, other: _____ حساسية للأدوية والمشروبات وقرص الحشرات والأدوية وغيرها

Other medical information: _____ معلومات صحية أخرى

Physician's Name: _____ اسم الطبيب: _____ Phone: _____ الهاتف: _____

Medical/Hospital Insurance: _____ التأمين الصحي للعلاج والمستشفيات: _____ Group: _____ Type: _____ النوع: _____

I have read the trip information to: _____ on _____ لقد قرأت البيانات الخاصة بالرحلة إلى _____ في _____

Check one: my child ☐ may ☐ لا يمكن ☐ may not ☐ go on this trip أن يذهب في هذه الرحلة (اختر واحدة) ابني/ابنتي

I understand that in case of any emergency requiring medical treatment, every effort will be made to reach one of the people listed above. If none of these people can be contacted, I authorize the school to give consent to treatment as deemed necessary by emergency responders.

اني على دراية من أنه في حالة الطوارئ التي تحتاج الى علاج طبي فان كل جهد سوف يبذل من أجل الاتصال بأحد المذكورين أعلاه. وإذا لم يتم التوصل بأحد هؤلاء فاني افوض المدرسة الحق في أن تقوم بالعلاج الضروري كرد مطلوب وضروري عند الطوارئ

Print Name of Parent/s or Guardian/s: _____ اكتب اسم ولي الامر

Signature of Parent/s or Guardian/s: _____ التاريخ: _____ Date: _____ توقيع ولي الامر

A copy of this form is to be kept on file until the end of the school year.