LE DISTRICT SCOLAIRE DE PHILADELPHIE

INFORMATIONS SUR L'EXCURSION / Trip information

AUTORISATION PARENTALE / PARENTAL PERMISSION

Ecole / *School*	Téléphone de l'Ecole / *School Phone*	Niveau/Classe / *Grade/Room*	Date de Préparation / *Date Prepared*
Enseignant(e) / *Teacher*	Destination / *Destination*		
Objectif Educatif de l'Excursion / *Educational Purpose of Trip*			
Date de l'Excursion / *Date of Trip*	Heure de Départ / *Leave Time*	Heure de Retour / *Return Time*	Itinéraire de l'Excursion (résumè) / *Trip Itinerary (summary)*
Moyen de Transport / *Method of Transportation*	Coût pour l'Elève / *Cost to Student* ☐ Gratuit / *Free* $_____	Repas de l'Elèv / *Student Lunch* ☐ A Amener / *Bring* ☐ A Acheter / *Buy* ☐ Offert / *Provided* ☐ Non Requis / *Not Needed*	

Veuillez remplir et détacher la partie inférieure de ce formulaire et la renvoyer à l'enseignant (e) / Please complete and detach the bottom part of this form and return to teacher

DONNEES DE L'ELEVE / STUDENT INFORMATION

Nom de l'élève / *Name of student* _____

Matricule / *I.D.#* _____ Date de Naissance / *Date of Birth* _____

DONNEES DES PARENTS - TUTEURS / PARENT/GUARDIAN INFORMATION

1. Parent - Tuteur / Parent/Guardian _____

   Adresse Domicile / *Home Address* _____ Numéro de Téléphone de Domicile / *Home Phone* _____

   Numéro de Téléphone du Travail / *Work Phone* _____ Numéro de Cellulaire / *Cell Phone* _____

2. Parent - Tuteur / Parent/Guardian _____

   Adresse Domicile / *Home Address* _____ Numéro de Téléphone de Domicile / *Home Phone* _____

   Numéro de Téléphone du Travail / *Work Phone* _____ Numéro de Cellulaire / *Cell Phone* _____

L'élève vit avec (cocher tout ce qui s'applique) / *Student lives with (check all that applies)*:

☐ Père / *Father* ☐ Mère / *Mother* ☐ Tuteur / *Guardian*

CONTACTS EN CAS D'URGENCE / EMERGENCY CONTACTS

Si les parents/tuteurs ne peuvent être joints, l'école contactera les personnes citées ci-dessous. Les personnes citées ci-dessous doivent être des personnes responsables qui peuvent : 1) donne r l'autorisation d'administrer des soins sanitaires ; 2) récupérer l'enfant si il/elle est malade ; 3) sont habilitées à parler à la place des parents ou tuteurs légaux. / *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.*

Nom / *Name* _____

Numéro de Téléphone de Domicile / *Home Phone* _____

Numéro de Téléphone du Travail / *Work Phone* _____

Numéro de Cellulaire / *Cell Phone* _____

Nom / *Name* _____

Numéro de Téléphone de Domicile / *Home Phone* _____

Numéro de Téléphone du Travail / *Work Phone* _____

Numéro de Cellulaire / *Cell Phone* _____

INFORMATION SANITAIRE / HEALTH INFORMATION

Si l'autorisation est approuvée, veuillez remplir les informations médicales suivantes. Si votre enfant n'a aucune des conditions citées ci-dessous, veuillez inscrire "none". / *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".*

Médicament (s) pris par l'élève / Medication/s being taken by student: _____

Allergies à la nourriture, boissons, piqûre d'insectes, médicaments, autres / *Allergies to foods, drinks, insect bites, medications, other* _____

Autres i hnformations médicales / *Other medical information* _____

Nom du Médecin / *Physician's Name* _____ Téléphone / *Phone* _____

Assurance Médicale / Hôpita / *Medical/Hospital Insurance* _____

Groupe / *Group* _____ Type / *Type* _____

J'ai lu les informations sur l'excursion à <destination> / *I have read the information about the trip to* _____ (*Destination*)
le / *on* _____ (*Date*)

Cocher une case / *Check one* **Mon enfant** / *my child* ☐ Peut / *may* ☐ Ne peut / *may not* pas prendre part à cette excursion/ *go on this trip.*

Je comprends qu'en cas d'urgence nécessitant un traitement médical, tout effort sera fait pour joindre une des personnes citées ci-dessus. Si aucune de ces personnes ne peut être jointe, j'autorise l'école à administratrer tous soins jugé s nécessaires par les secouristes. / *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.*

_____

Ecrire le Nom du Parent / Tuteur / *Print Name of Parent/s or Guardian/s*

_____

Signature du Pa rent/s ou Tuteur/s / *Signature of Parent/s or Guardian/s* Date / *Date*

Une copie de ce formulaire sera conservée dans les archives jusqu'à la fin de l'année scolaire
A copy of this form is to be kept on file until the end of the school year.