

THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA

TRIP INFORMATION

PARENT PERMISSION

<u>Escola/School</u>	<u>Telefone da Escola/ School phone</u>	<u>Sala e Ano escolar-Grade/room</u>	<u>Data/ Date Prepared</u>
<u>Professor/Teacher</u>		<u>Local de visita/Destination</u>	
<u>Propósito Educativo do passeio/ Educational Purpose of trip</u>			
<u>Data da viagem/Date of trip</u>	<u>Hora saída /LeaveTime</u>	<u>Hora regresso/Return Time</u>	<u>Resumo de Viagem/Trip Itinerary(summury)</u>
<u>Método de Transporte/Method of Transportation</u>	<u>Preço para Estudante/Cost of Student</u> ___Gratuito/Free \$ _____	<u>Almoço para o Estudante/ Student Lunch</u> ___Trazer de casa ___Comprar/Buy ___Vai ser servido /Provided ___Não e necessário/Not needed	

Por favor recortar pelo picotado. O restante do formulário e para entregar ao Professor.

INFORMAÇÃO SOBRE O ALUNO

Nome do Aluno/Name of Student _____

Cartão de Identificação/I.D.# _____ Data de Nascimento/Date of Birthday _____

INFORMAÇÃO DOS PAIS OU CARREGADOS DE EDUCAÇÃO/ PARENT/GUARDIAN/INFORMATION

Nome Pai/encarregado Parent/Guardian _____

Direcção de casa/ Home address _____

Telefone de Casa/Home Phone _____ Celular/Cell Phone _____

Estudante vive com (marque devidamente)Student lives with (check all that applies):

___Pai/Father ___Mãe/Mother ___Encarregado/Guardian

CONTACTOS DE EMERGÊNCIA/ EMERGENCY CONTACTS

Se os pais não atenderem o telefone em caso que seja necessário derivado a uma urgência, chamaríamos para as pessoas que estão neste formulário. Essas pessoas teriam de ser responsáveis e sim podem resolver e vir buscar o aluno se for necessário.

1) permitir administrar assuntos médicos 2) poder vir buscar o aluno 3)ter autoridade de poder falar no lugar dos pais ou encarregados de Educação.

Nome/Name _____ Nome/ Name _____

Telefone de casa?Home phone: _____ Telefone de casa/ Home phone _____

Celular / Cell Phone: _____ Celular / Cell Phone: _____

INFORMAÇÃO DE SAUDE/ HEALTH INFORMATION

Se você permitir o aluno a participar nesse passeio, por favor indicar a informação medica se tiver algum problema de saúde. Se não tiver, escreva que não tem”none”

Medicação do aluno/ medication being taken by student: _____

Alergias a comida, bebidas, insectos e medicamentos etc: _____

Outras informações medicas/Other medical information: _____

Nome do Medico/Physician’s Name: _____

Seguro Medico/Insurance: _____ Grupo/Group: _____ Tipo/Type _____

ACABO DE LER TODA INFORMAÇÃO SOBRE O PASSEIO ESCOLAR :

MARQUE A SUA DECISÃO: PODE IR(YES) _____ NÃO VAI(NO) _____ NESTE PASSEIO ESCOLAR

Eu entendo que em caso de emergência e que seja necessário atenção medica, em primeiro lugar ligamos aos listados na lista deste formulário. Se não for possível contactar com algum dessa pessoas, eu autorizo que a escola autorize os primeiros socorros a fazer o tratamento adequado.

Por favor escrever o seu nome: _____

A sua Assinatura: _____ **Data de Hoje:** _____

A COPY OF THIS FORM IS TO BE KEPT ON FILE UNTIL THE END OF THE SCHOOL YEAR.