Школьный Округ Филадельфии

Информация о поездке **РАЗРЕШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ / PARENTAL PERMISSION**

Школа / *School*	Телефон школы / *School Phone*	Класс / классная комната / *Grade/ Room*	Дата организации поездки / *Date Prepared*
Имя и фамилия учителя / *Teacher*	Пункт назначения / *Destination*		
Образовательная цель поездки / *Educational Purpose of Trip*			
Дата поездки / *Date of Trip*	Время отправления / *Leave Time*	Время возвращения / *Return Time*	Краткое описание маршрута / *Trip Itinerary (summary)*
Метод транспортировки учащихся / *Method of Transportation*	Стоимость поездки для учащихся / *Cost to Student* ☐ Бесплатно / *Free* $_____	Ланч / *Student Lunch* ☐ принести с собой / *Bring* ☐ купить / *Buy* ☐ подается бесплатно / *Provided* ☐ не нужен / *Not Needed*	

Пожалуйста, заполните отрывную часть формы и верните ее учителю

ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ УЧАЩЕГОСЯ / STUDENT INFORMATION

Имя и фамилия учащегося / *Name of student* _____

Индивидуальный номер учащегося / *I.D.#* _____ Дата рождения / *Date of Birth* _____

ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ РОДИТЕЛЕЙ / ОПЕКУНОВ / PARENT/GUARDIAN INFORMATION

1. Имя и фамилия родителя/опекуна / Parent/Guardian _____
   Домашний адрес / *Home Address* _____ Домашний телефон / *Home Phone* _____
   Рабочий телефон / *Work Phone* _____ Сотовый телефон / *Cell Phone* _____
2. Имя и фамилия родителя/опекуна / *Parent/Guardian* _____
   Домашний адрес / *Home Address* _____ Домашний телефон / *Home Phone* _____
   Рабочий телефон / *Work Phone* _____ Сотовый телефон / *Cell Phone* _____

Ребенок проживает *(отметьте всё необходимое)* / *Student lives with (check all that applies)*:
☐ с отцом / *Father* ☐ с матерью / *Mother* ☐ с опекуном / *Guardian*

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СВЯЗИ В ЭКСТРЕННЫХ СЛУЧАЯХ / EMERGENCY CONTACTS

Если не удастся связаться с родителями, работники школы будут звонить вашим родственникам или знакомым, контактную информацию которых вы укажете ниже. Это должны быть ответственные люди, которым вы доверяете: 1) дать согласие на проведение необходимых врачебных процедур, 2) забрать ребенка в случае болезни, 3) выступать от имени родителей / опекунов. / *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.*

Имя и фамилия / *Name* _____ Имя и фамилия / *Name* _____
Домашний телефон / *Home Phone* _____ Домашний телефон / *Home Phone* _____
Рабочий телефон / *Work Phone* _____ Рабочий телефон / *Work Phone* _____
Сотовый телефон / *Cell Phone* _____ Сотовый телефон / *Cell Phone* _____

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ / HEALTH INFORMATION

Если вы разрешаете ребенку участвовать в поездке, пожалуйста, ответьте на следующие вопросы, касающиеся здоровья ребенка. В случае отрицательного ответа *(например, если ребенок не принимает никакие лекарственные препараты / не имеет аллергии и т.п.)*, напишите *«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".*

Принимаемые ребенком лекарственные препараты / Medication/s being taken by student: _____

Если у ребенка есть аллергия на пищевые продукты, напитки, укусы насекомых, медицинские препараты, укажите, на какие / *Allergies to foods, drinks, insect bites, medications, other* _____

Другие замечания, касающиеся здоровья ребенка / *Other medical information* _____

Имя врача / название клиники / *Physician's Name* _____ Телефон / *Phone* _____

Медицинская страховка / *Medical/Hospital Insurance* _____

Номер группы (Group) / *Group* _____ План (Type) / *Type* _____

Я прочел информацию о поездке (куда) / *I have read the trip information to* _____ **(дата поездки)** / *on* _____
Отметьте нужное / *Check one* ☐ **я даю** / *my child may* ☐ **я не даю разрешение ребенку участвовать в поездке.** / *may not go on this trip.*

Я понимаю, что в экстренных случаях, требующих срочного медицинского вмешательства, будут предприняты все возможные усилия, чтобы связаться с одним из лиц, указанных выше. В случае невозможности связаться ни с одним из вышеперечисленных лиц, я передаю школе право дать согласие на предоставление необходимых медицинских услуг работниками скорой помощи. / *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.*

_____
Имя и фамилия родителя(ей)/опекуна(ов) (напишите печатными буквами) / *Print Name of Parent/s or Guardian/s*

_____ _____
Подпись родителя(ей) / опекуна(ов) / Signature of Parent/s or Guardian/s *Число / Date*

Копия данной формы будет храниться в личном деле учащегося до конца учебного года.
A copy of this form is to be kept on file until the end of the school year.