

DISTRITO ESCOLAR DE FILADELFIA

PERMISO DE PADRES / PARENTAL PERMISSION

INFORMACIÓN DE VIAJE / Trip information

Escuela / School	Teléfono de la Escuela / School Phone	Salón/Grado / Grade/Room	Fecha / Date Prepared
Maestro/ Teacher	Lugar que se visitará/ Destination		
Propósito educativo del viaje / Educational Purpose of Trip			
Fecha del viaje / Date of Trip	Hora de salida / Leave Time	Hora de regreso / Return Time	Itinerario del viaje (resumen) / Trip Itinerary (summary)
Método de transportación / Method of Transportation	Costo para el estudiante / Cost to Student <input type="checkbox"/> Gratis / Free \$ _____	Almuerzo para el estudiante / Student Lunch <input type="checkbox"/> Traer / Bring <input type="checkbox"/> Comprar / Buy <input type="checkbox"/> Se proporcionará / Provided <input type="checkbox"/> No se necesita / Not Needed	

Por favor complete y despegue la parte de debajo de este formulario y devuélvasela al maestro.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante / Name of student _____
 I.D.# / I.D.# _____ Fecha de nacimiento / Date of Birth _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/ENCARGADO / PARENT/GUARDIAN INFORMATION

1. Padre/Encargado / Parent/Guardian _____
 Dirección de la casa / Home Address _____ Teléfono residencial / Home Phone _____
 Teléfono del trabajo / Work Phone _____ Celular / Cell Phone _____

2. Padre/Encargado / Parent/Guardian _____
 Dirección de la casa / Home Address _____ Teléfono residencial / Home Phone _____
 Teléfono del trabajo / Work Phone _____ Celular / Cell Phone _____

Estudiante vive con (marque todo lo que aplique) / Student lives with (check all that applies):

Padre / Father Madre / Mother Encargado / Guardian

CONTACTOS DE EMERGENCIA / EMERGENCY CONTACTS

Si los padres o encargados no están disponibles, la escuela llamará a las personas que se listan a continuación. Las siguientes deben ser personas responsables que puedan: 1) dar permiso para administrar atención médica; 2) recoger a su hijo(a) si se enferma; 3) tener la autoridad de hablar a nombre de los padres o encargados legales. / 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.

Nombre / Name _____	Nombre / Name _____
Teléfono residencial / Home Phone _____	Teléfono residencial / Home Phone _____
Teléfono del trabajo / Work Phone _____	Teléfono del trabajo / Work Phone _____
Celular / Cell Phone _____	Celular / Cell Phone _____

INFORMACIÓN DE SALUD / HEALTH INFORMATION

Si se otorga permiso, por favor proporcione la siguiente información médica; o si su hijo(a) no tiene ninguna de las condiciones de salud mencionadas, por favor escriba "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".

El estudiante está tomando la(s) siguiente(s) medicina(s) / Medication/s being taken by student: _____
 Alergias a alimentos, bebidas, picaduras de insectos, medicinas, otros / Allergies to foods, drinks, insect bites, medications, other _____
 Otra información médica / Other medical information _____
 Nombre del médico: / Physician's Name _____ Teléfono / Phone _____
 Seguro Médico/Hospital / Medical/Hospital Insurance _____
 Grupo / Group _____ Tipo / Type _____

He leído la información sobre el viaje a / I have read the information about the trip to _____ (lugar que se visitará / Destination) en _____ (fecha / Date)

Marque uno / Check one : **mi hijo(a) / my child** puede / may no puede / may not **ir en este viaje / go on this trip.**

Entiendo que en caso de cualquier emergencia que requiera tratamiento médico, se hará todo el esfuerzo posible por comunicarse con una de las personas mencionadas arriba. Si ninguna de estas personas se puede localizar, autorizo a la escuela a permitir que mi hijo(a) reciba el tratamiento que el personal de emergencia considere necesario. / 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.

Nombre del Padre/Encargado en letra de molde / Print Name of Parent/s or Guardian/s _____

Firma del Padre o Encargado / Signature of Parent/s or Guardian/s _____ Fecha / Date _____

Se mantendrá una copia de este formulario en los archivos hasta que termine el año escolar
A copy of this form is to be kept on file until the end of the school year.