

STUDENT TRIP CONSENT/MEDICAL RELEASE

Dear Parent/Guardian:

A school-approved trip to _____ involving your student is scheduled for
Destination

_____ to _____, and we will be traveling by _____.
Departure Date/Time Return Date/Time (District bus/vehicle, private student automobile)

Your signed permission is necessary. Please contact me by phone at _____ or email at
Telephone Number

_____ if you have any questions.
Email Address

Staff Member's Name Campus/School/Department

Please complete, sign and return this portion of the form.

I understand that all precautions will be taken to prevent any accident, however, since we must be prepared for any situation, please fill in the following:

Allergies: _____. Any medical history we should know: _____

Please give name and phone number of nearest responsible party to contact in the event of an emergency:

1. _____ Relationship _____ Phone _____

2. _____ Relationship _____ Phone _____

I UNDERSTAND THAT ALL STUDENTS ARE GOVERNED BY THE SAME RULES ON THIS STUDENT TRIP AS SCHOOL.

I UNDERSTAND THAT ANY INFRACTION MAY RESULT IN DISCIPLINARY ACTION.

Student's Signature

I hereby release the Galena Park Independent School District from any liability resulting from an accident involving my child while on this trip. In case of emergency, I hereby authorize a District representative to seek medical attention for my child.

Parent/Guardian Signature

Date

Internal Use Only

According to FM (LOCAL), A student shall be allowed in a school year ten extracurricular absences not related to post-district competition.

____ Number of School Business Absences for Student.

CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA PARA VIAJE ESTUDIANTIL

Estimado Padre/Tutor:

Un viaje escolar aprobado a _____ involucrando a su hijo/a está programado
Destino

del _____ al _____, y viajaremos en _____.
Fecha/hora de salida Fecha/hora de salida (Autobús/vehículo del distrito, carro privado del estudiante)

Es necesario que firme este permiso. Por favor contácteme llamando al _____ o envíeme un
Número de teléfono

correo electrónico a _____ si tiene cualquier pregunta o duda.
Correo electrónico

Nombre del miembro del personal

Escuela/Departamento

Por favor complete, firme y regrese esta porción del formulario.

Comprendo que se tomarán todas las medidas de precaución necesarias para prevenir cualquier accidente, sin embargo, ya que debemos estar preparados para cualquier situación, por favor llene los siguientes espacios en blanco:

Alergias: _____. Cualquier historia médica que debamos saber:

Por favor anote el nombre y el número de teléfono de las principales personas responsables que podemos contactar en caso de cualquier emergencia:

1. _____ Parentesco _____ Teléfono _____

2. _____ Parentesco _____ Teléfono _____

ENTIENDO QUE TODOS LOS ESTUDIANTES SE RIGEN POR LAS MISMAS REGLAS EN ESTE VIAJE ESTUDIANTIL COMO EN LA ESCUELA.

ENTIENDO QUE CUALQUIER INFRACCIÓN PUEDE RESULTAR EN UNA ACCIÓN DISCIPLINARIA.

Firma del estudiante

Por este medio libero al Distrito Escolar Independiente de Galena Park de cualquier responsabilidad resultado de un accidente que involucre a mi hijo/a en este viaje. En caso de emergencia, por este medio autorizo al representante del Distrito Escolar para que busque atención médica para mi hijo/a.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Solo para uso de la oficina/Internal Use Only

According to FM (LOCAL), A student shall be allowed in a school year ten extracurricular absences not related to post-district competition.

____ Number of School Business Absences for Student.