

Paradise Valley Unified School District No. 69  
**FIELD TRIP PERMISSION FORM**

STUDENT INFORMATION	
STUDENT'S FIRST NAME	STUDENT'S LAST NAME
DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY)	
MAILING OR STREET ADDRESS/APT#	CITY, STATE, AND ZIP CODE
SCHOOL NAME	HOMEROOM TEACHER/GRADE

FIELD TRIP INFORMATION			
FIELD TRIP DESTINATION	DATE OF FIELD TRIP	MEANS OF TRANSPORTATION:	
DEPARTURE TIME FROM SCHOOL	RETURN TIME TO SCHOOL	COST OF TRIP	PLEASE CONTACT ME IF A PARENT VOLUNTEER IS NEEDED: YES NO

EMERGENCY CONTACTS		
For precautionary measures, please provide us your phone number at home OR the phone number where you may be reached on the day of the field trip. In addition, please provide us one or two other contacts (a relative, friend, or sitter, etc) and their phone numbers in case of an emergency		
NAME OF PARENT/GUARDIAN TO CONTACT	PHONE NUMBER OF PARENT CONTACT	INDICATE PHONE # TYPE <input type="checkbox"/> HOME <input type="checkbox"/> WORK <input type="checkbox"/> CELL
NAME/RELATIONSHIP ADDITIONAL CONTACT	PHONE NUMBER OF CONTACT	INDICATE PHONE # TYPE <input type="checkbox"/> HOME <input type="checkbox"/> WORK <input type="checkbox"/> CELL
NAME/RELATIONSHIP ADDITIONAL CONTACT	PHONE NUMBER OF CONTACT	INDICATE PHONE # TYPE <input type="checkbox"/> HOME <input type="checkbox"/> WORK <input type="checkbox"/> CELL

MEDICAL INFORMATION	
NAME OF MEDICAL INSURANCE PROVIDER	INSURANCE NUMBER
SPECIAL MEDICAL INSTRUCTIONS TO FOLLOW:	
DATE OF LAST TETANUS	KNOWN ALLERGIES (LIST ALL, including medication allergies)

While on this field trip, the sponsor has my permission to administer to my child the following medication(s). If several, please attach list, including all allowable over-the-counter drugs and prescriptions.

Medications(s) \_\_\_\_\_

Dosage(s) \_\_\_\_\_ Time(s) \_\_\_\_\_

Name of Insurance Company: \_\_\_\_\_  Parental Waiver (No Insurance)

PVUSD SPONSORED TRAVEL
<b>Water facility usage is permissible while traveling if activity is staffed with certified lifeguards.</b>
<b>STUDENT'S SWIMMING ABILITY STATEMENT – REQUIRED if traveling to Water Facility</b>
There are inherent risks in using water facilities. If you choose to have your child participate, you accept those risks.
Please mark one of the boxes below to indicate that you are aware of your child's ability to swim or to be near any pool of water. By signing this permission slip, you are stating that you accept the risks involved in using water facilities.
<b>MY CHILD HAS THE APPROPRIATE LEVEL OF SWIMMING SKILLS TO SAFELY PARTICIPATE IN ALL WATER PARK ACTIVITIES:</b>
*For all other water related field trips see attached form for information regarding the activities involved.
<input type="checkbox"/> YES
<input type="checkbox"/> NO

PARENT SIGNATURE REQUIRED
I allow _____ to attend the field trip that has been scheduled. If any illness or injury occurs, I authorize a school representative to obtain emergency treatment for the above student at the closest medical facility unless instructed otherwise by paramedics or according to the special instructions listed above. I understand that the school assumes no responsibility other than the exercise of prudent supervision. All medical expenses will be covered by my own medical carrier.
PARENT/GUARDIAN SIGNATURE FOR FIELD TRIP: _____ DATE: _____
PARENT/GUARDIAN SIGNATURE FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT: _____ DATE: _____

Distrito Escolar Unificado No. 69 Paradise Valley  
**HOJA DE PERMISO PARA UNA EXCURSIÓN PEDAGÓGICA**

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE		
NOMBRE DEL ALUMNO	APELLIDO DEL ALUMNO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YYYY)
DIRECCIÓN (CALLE Y No. de DEPTO)		CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSAL
NOMBRE DE LA ESCUELA		MAESTRO(A) DE LA CLASE PRINCIPAL/GRADO

INFORMACIÓN DE LA EXCURSIÓN PEDAGÓGICA			
LUGAR DEL EVENTO	FECHA	MEDIO DE TRANSPORTE	
HORA DE SALIDA DE LA ESCUELA	HORA DE REGRESO A LA ESCUELA	COSTO	AVISEME SI NECESITA UN PADRE VOLUNTARIO: SI NO

CONTACTOS DE EMERGENCIA		
Para tomar medidas de precaución, les pedimos los números de teléfono de casa o el número donde pueden ser contactados el día de la excursión. También les pedimos los números de uno o dos personas más (familiares o amigos) que pueden ser contactados en caso de una emergencia.		
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR LEGAL	NÚMERO DE TEL DEL PADRE DE FAMILIA	INDIQUE EL TIPO DE TELEFONO <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CELULAR
NOMBRE/RELACION DEL CONTACTO ADICIONAL	NÚMERO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA	INDIQUE EL TIPO DE TELEFONO <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CELULAR
NOMBRE/RELACION DEL CONTACTO ADICIONAL	NÚMERO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA	INDIQUE EL TIPO DE TELEFONO <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CELULAR

INFORMACIÓN MÉDICA	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE TEL DE LA COMPAÑÍA
INSTRUCCIONES MÉDICAS ESPECIALES QUE SE DEBE DE SEGUIR:	
FECHA DE LA ÚLTIMA VACUNA CONTRA EL TÉTANO RECIBIDO	ALERGIAS CONOCIDAS (Anote todas incluyendo alergias a medicamentos)

Durante la excursión, el patrocinador tiene mi permiso de administrar a mi hijo(a) los siguientes medicamentos. En caso de ser varios, adjunte la lista incluyendo todos los medicamentos con receta médica y los de venta libre.

Medicamento(s) \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_ Horario de la toma \_\_\_\_\_

Descargo de responsabilidad por parte de los padres de familia [no tenemos seguro] (No Insurance)

VIAJE PATROCINADO POR PVUSD
<b>Se permiten actividades acuáticas durante la excursión si hay personal certificada de salvavidas.</b>
<b>DECLARACIÓN DE LA HABILIDAD PARA NADAR – REQUERIDO- si viajan a una facilidad acuática</b> Al usar instalaciones acuáticas hay peligros inherentes. Si aceptan que participe su hijo(a), ustedes asumen ese riesgo.
Marquen una de estas cajas para indicar que conocen las habilidades de su hijo(a) para nadar o estar cerca de una piscina/alberca. Al firmar este permiso, usted declara que acepta el riesgo que existe cuando se trata de un lugar acuático.
MI HIJO TIENE EL NIVEL ADECUADO DE HABILIDADES DE NATACIÓN PARA PARTICIPAR EN TODAS LAS ACTIVIDADES ACUÁTICAS: *Para otras excursiones pedagógicas vea el formulario adjunto con respecto a las actividades correspondientes. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

FIRMA DE UNO DE LOS PADRES REQUERIDO
Doy autorización para que mi hijo _____ asista a la excursión pedagógica que ha sido programada. En caso de una enfermedad o peligro, autorizo que un representante de la escuela obtenga tratamiento de emergencia para el alumno nombrado arriba en la facilidad médica más cercana, a menos de que se los paramédicos indiquen algo diferente o de acuerdo a la instrucción descrita arriba. Entiendo que la escuela no es responsable más que de ejercer la supervisión prudente. Todos los gastos médicos serán cubiertos por mi aseguradora personal.
Firma del padre o tutor legal para otorgar permiso para la excursión: _____ Fecha: _____
Firma del padre o tutor legal para autorizar que mi hijo reciba tratamiento médico en caso de emergencia: _____ Fecha: _____