



Field Trip Permission Form

My child _____ (student), has my permission to go with
his/her class to **Dollywood, Pigeon Forge** on **April 15, 2027**
The purpose of this trip is **7th Grade Field Trip**

On the date of this field trip, I can be reached at telephone number _____.

An emergency contact is _____ (name) _____ (telephone number).

In the event of a serious illness or injury to my child, I expressly consent to the administration of emergency medical care if such care is deemed to be in the best interest of my child.

Please list any medications that need to be administered to the student during this field trip:

Name of Medication	Dosage	Time To Be Given
1.		
2.		
3.		
4.		

I understand that all school policies, procedures, and expectations, including the District's Behavior Code (Policy JCDA), apply to my child during the course of the field trip. I agree that any medication necessary to be administered will be provided to the school in the original container, clearly marked with my child's name and will be given directly to the person in charge of medication administration on this trip. I understand that this form may be shared with other individuals as necessary for the completion of the field trip. I certify that I am the parent and/or legal guardian of the student, that I have read and that I understand the above Permission Form, and that I accept and will be bound by its terms and conditions on my behalf and on behalf of the student.

Printed Name of Parent/Legal Guardian

Signature of Parent/Legal Guardian

Date



Formulario de Permiso de Viaje Escolar

Mi hijo/a _____ (estudiante), tiene permiso para ir con su clase
a _____ el _____.

El propósito de este viaje es _____.

En la fecha de este viaje escolar, pueden contactarme en este número de teléfono _____.

Un contacto de emergencia es _____ (nombre) _____ (número de teléfono).

En caso de enfermedad grave o lesión de mi hijo/a, expresamente doy mi consentimiento a la administración médica de emergencia si se considera que dicha atención es lo mejor para mi hijo/a.

Para viajes escolares durante la noche o viajes escolares que se extienden más allá del horario escolar, por favor enumere los medicamentos que necesitan ser administrados durante el viaje escolar:

<u>Nombre del Medicamento</u>	<u>Cantidad</u>	<u>Hora de ser Administrado</u>
1.		
2.		
3.		
4.		

Comprendo que todas las normas, procedimientos, y expectativas, incluyendo el Código de Conducta Estudiantil del Distrito (Policy JCDA), aplica a mi hijo/a durante el tiempo de este viaje escolar. Estoy de acuerdo que cualquier medicamento necesario para ser administrado será proveído a la escuela en su frasco original, claramente marcado con el nombre de mi hijo/a y será entregado directamente a la persona encargada de la administración de medicamentos en este viaje. Medicamentos de venta libre deben ser proveídos en el paquete original sellado. Entiendo que este formulario se puede compartir con otras personas según sea necesario para completar el viaje escolar. Certifico que soy el padre y/o el guardián legal del estudiante, he leído y entiendo el Formulario de Permiso, y acepto que me registré por sus términos y condiciones en mi nombre y en nombre del estudiante.

Nombre del Padre/ Guardián Legal

Firma del Padre/Guardián Legal

Fecha