



**ARLINGTON PUBLIC SCHOOLS
PARENTAL AUTHORIZATION FOR FIELD TRIP**

This Section to be Completed by School Staff		
Student Name:	School: <u>Glebe</u>	Grade: <u>5th</u>
Field Trip (Include Purpose and Planned Activities, if needed): <u>National Geographic Museum - Lessons From the Wild</u>		
Date(s) of Trip: <u>Wed. Nov. 1st</u>	Time(s) of Trip: <u>9:15 am - 12:15 pm</u>	Expense (if any): <u>\$ 5.00</u> <u>Due: 9-27</u>
Mode of Transportation (check all that apply): <input type="checkbox"/> Private Vehicle <input type="checkbox"/> Walking <input type="checkbox"/> School Bus <input type="checkbox"/> Charter Bus <input type="checkbox"/> Public Transportation <input type="checkbox"/> Commercial <input type="checkbox"/> Air Vehicles driven by: <input checked="" type="checkbox"/> APS Bus Driver <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Other Adult		
Related risks (check all that apply): <input type="checkbox"/> Swimming Pool <input type="checkbox"/> Amusement or Theme Park <input type="checkbox"/> Beach, River, Stream, or Ocean <input type="checkbox"/> Walking to Destination		

Parents/Guardians – Please Read the Following, Check the Appropriate Boxes, and Sign this Section

Parent/Guardian Authorization and Acknowledgement of Risk

I, as the parent or legal guardian, give permission for student named above to participate in this field trip. I understand that participation in this field trip is voluntary and not a required part of the school curriculum. I understand that it exposes my child to some risk. I have read and understand the purpose of the field trip and authorize my child to participate in above referenced field trip and to be transported as noted above. I also understand that participation in the field trip will involve activities off school property; therefore, neither Arlington Public Schools or its employees and volunteers, will have any responsibility for the condition or use of any non-school property. I also understand that if school buses are not provided, that APS does not insure the transportation described above. I expressly agree to hold harmless and reimburse the Arlington County School Board, its individual members, agents, employees and representatives, as well as trip supervisors and chaperones, for any and all losses, damages or injuries arising out of, in connection with, or during the above named student's participation in this trip, to include but not limited to any costs incurred for the rendering of any emergency medical procedures or treatment, if any.

I agree to the above I opt out of this field trip

Notice of Financial Responsibility

Please note that the School Board reserves the right to cancel any trip for safety or other reasons. In the event of such a cancellation, the trip operator's cancellation policies, as well as those of the hotels, bus companies, ticket operators and others providing services in connection with the trip will determine the amount of any refund to which you are entitled, if any. Refunds or any other reimbursements will not be provided by the School Board if the trip is cancelled or delayed. By signing below, parents and guardians acknowledge that they have read this notice and accept responsibility for any and all cancellation fees, costs, losses, medical expenses, hospital or physician fees, or any other expenses incurred by or on behalf of the parent, guardian, or their students related to this trip.

I agree to the above

Medical Authorization

The school has my permission, when I (or my physician) cannot be contacted, to take my child to the emergency room of the nearest hospital (in a private automobile or emergency vehicle). I further provide the hospital and its medical staff my authorization to provide treatment which a physician deems necessary for the well-being of my child. **The following information is accurate to the best of my knowledge.**

I agree to the above

Parent/Guardian (Or Eligible Student Over Age 18) Signature:

Date:

Student Agreement

While participating on this school-sponsored field trip, I will accept responsibility for maintaining good conduct and behavior. I will follow directions at all times. I am subject to the *Student Rights and Responsibilities* as outlined in the APS Handbook.

Student Signature:

Date:

EMERGENCY CONTACT INFORMATION
Contact Information During the Time Period of the Field Trip

Student Name:		
Mother or Guardian Name:		
Home Phone:	Work Phone:	Cell Phone:
Father or Guardian Name:		
Home Phone:	Work Phone:	Cell Phone:
Alternate Contact Name:		Relationship:
Home Phone:	Work Phone:	Cell Phone:
Medical Care Information		
Family Physician:		
Health Insurance Company:		
Group Policy Number:		
ID Number:		
Phone Number:		
Student allergic to any medications? If so, please list:		
Any other allergies (food, bee stings, etc.)? If so, please list:		
Medication during trip (see note below):		
Describe any special needs of the above student related to this trip:		

NOTE: Medications for field trips that occur during the school day, and for which the School Nurse has the medications and the authorization form, will be provided by the School Nurse to the Field Trip Coordinator on the day of the trip. It is the responsibility of the parent to provide authorization and medications to the field trip coordinator for trips outside the school day and/or lasting more than one day.



ESCUELAS PÚBLICAS DE ARLINGTON
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PADRES Y TUTORES LEGALES
PARA LA PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE EN EXCURSIONES ESCOLARES

Esta sección debe ser llenada por el personal escolar		
Nombre del estudiante:	Escuela: Glebe	Grado: 5th
Excursión (incluya el propósito de la excursión, y las actividades que han sido programadas, si fuera necesario): National Geographic Museum - Lessons From the Wild		
Fecha(s) de la excursión: Wed Nov 1st	Hora(s) de la excursión: 9:15am - 12:15pm	Costo (si hay algún costo): Due: 9-27 \$5.00
Medio de transporte (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Vehículo privado <input type="checkbox"/> Caminando <input type="checkbox"/> Autobús escolar <input type="checkbox"/> Autobús alquilado <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Transporte comercial <input type="checkbox"/> Transporte aéreo		
Conductores de vehículos: <input checked="" type="checkbox"/> Conductor de autobús de APS <input type="checkbox"/> Funcionario(s) de APS <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otro adulto		
Riesgos afines (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Centro de natación <input type="checkbox"/> Parque de diversiones o atracciones <input type="checkbox"/> Playa, río, arroyo, u océano <input type="checkbox"/> Destino a pie		

Padres/Tutores – Por favor, lean la siguiente información, marquen todas las casillas que correspondan, y firmen al final de esta sección.

Autorización del Padre, Madre o Tutor Legal y Aceptación de Riesgos

Yo, padre, madre, o tutor legal del estudiante cuyo nombre aparece arriba, AUTORIZO su participación en esta excursión. Entiendo que la participación en esta excursión es voluntaria y que no es exigida como parte del currículo de instrucción. Entiendo que expone a mi hijo a algunos riesgos. He leído y entiendo el propósito de la excursión y autorizo a mi hijo a participar en la excursión, y, a que sea transportado como ha sido indicado arriba. También entiendo que la participación en el paseo escolar implicará actividades fuera de la propiedad escolar; por lo tanto, ni las Escuelas Públicas de Arlington, ni sus empleados, ni sus voluntarios tendrán ninguna responsabilidad por la condición o el uso de propiedad no escolar. También entiendo que si no se proveen autobuses escolares, APS no asegura el transporte indicado arriba. Yo, expresamente exonero de responsabilidad a la Junta Escolar de las Escuelas Públicas de Arlington, sus miembros, agentes, empleados y representantes, así como a supervisores y acompañantes (a quienes en lo sucesivo se les llamará "Partes exoneradas") por todas pérdidas, daños o lesiones que ocurran como resultado de, con relación a, o durante la excursión o paseo de mi hijo, cuyo nombre aparece arriba, y acuerdo a reembolsar a las Partes exoneradas sin que dicho reembolso se limite a los costos por gastos contraídos para la atención médica de emergencia, procedimientos médicos o tratamiento, que fueran necesarios.

<input type="checkbox"/> Acuerdo a lo que se estipula arriba.	<input type="checkbox"/> No quiero que mi hijo participe en esta excursión.
---------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

Notificación de la Responsabilidad Financiera

Por favor note que la Junta Escolar reserva el derecho de cancelar todo viaje de excursión por razones de seguridad u otros motivos. En tal caso de cancelación del viaje, las políticas de cancelación del operador del viaje, de hoteles, compañías de autobús, boleteros y otros que proveen servicios en conexión al viaje determinará la cantidad del reembolso al cual usted tendrá derecho, si alguno. La Junta Escolar no hará reembolsos o devoluciones por cancelación o retraso del viaje. Al firmar abajo, los padres y tutores legales certifican que han leído esta notificación y que aceptan la responsabilidad de todos los costos de cancelación, costos, pérdidas, costos de atención médica, hospital y médico(s), así como cualquier otro tipo de costos contraídos por o por parte del padre, madre o tutor legal, o su hijo o alumno con relación a esta excursión o paseo.

<input type="checkbox"/> Acuerdo a lo que se estipula arriba

Autorización para Recibir Atención Médica

En caso de una emergencia, cuando no se pueda localizarme a mí (o a mi médico de familia), por la presente, autorizo al personal escolar a llevar a mi hijo al hospital más cercano, (ya sea en un vehículo privado o del servicio de transporte médico urgente). Además, autorizo al hospital y a su personal médico a proporcionar el tratamiento que el médico considere necesario para el bienestar y la salud de mi hijo. **La información que sigue es precisa conforme a mi mejor saber y entender.**

<input type="checkbox"/> Acuerdo a lo que se estipula arriba	
Padre, madre o tutor legal (o estudiante apto mayor de 18 años) Firma:	Fecha:

Acuerdo del Estudiante

Acepto responsabilidad de mi conducta y acuerdo a comportarme bien durante la excursión o paseo patrocinado por la escuela. Obedeceré las instrucciones en todo momento. Entiendo que rigen las políticas escolares de las Escuelas Públicas de Arlington de comportamiento y derechos y responsabilidades expresas en el Manual de las Escuelas Públicas de Arlington y que seré sujeto a ellas.

Firma del estudiante:	Fecha:
-----------------------	--------

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Información de contacto durante la excursión

Nombre del estudiante:		
Nombre de la madre o tutor legal:		
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:
Nombre del padre o tutor legal:		
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:
Nombre de una persona alternativa:		Relación o parentesco:
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:
Información de cuidado médico		
Médico de la familia:		
Nombre de la compañía de seguro médico:		
Número de la póliza:		
Número de identificación:		
Teléfono:		
Alergias del estudiante a medicamentos. Si el estudiante es alérgico a ciertos medicamentos, por favor, proporcione los nombres de cada uno de ellos, aquí:		
Otros tipos de alergias del estudiante (comida, picaduras de abejas, etc.) Si el estudiante tiene otros tipos de alergias, por favor, proporcione la información aquí.		
Medicamentos que el estudiante deberá tomar durante la excursión (véase la nota abajo):		
Describa qué necesidades especiales tiene el estudiante arriba indicado, para esta excursión o paseo:		

NOTA: El día de la excursión en horario escolar, la enfermera de la escuela proporcionará al coordinador del paseo los medicamentos que deban ser administrados al estudiante que ella tiene en su poder y para los cuales se ha provisto el formulario de autorización para la administración. El padre, la madre o el tutor legal se responsabiliza de proveer al coordinador del paseo la autorización y los medicamentos que el estudiante deba recibir durante las excursiones o paseos que toman lugar fuera del horario escolar o duran más de un día.