

Field Trip Permission Slip

Student Name: _____ Date: _____

_____ (school name) will be taking the students on a field trip for an educational experience off of the school grounds. In order for your child to attend this event, you must complete this form and return it to the school on or before _____ (date).

Field trip information

Teacher(s): _____

Date of field trip: _____ Time: _____

Destination (name and address): _____

Method of transportation: Bus Walking Parent drop off Other: _____

If you have questions about this event, you may contact:

Name	Title	Phone/e-mail

Please complete this section and return it to the school as soon as possible.

Parent/Guardian Name: _____

Phone/e-mail: _____

Name of emergency contact in case I cannot be reached: _____

Emergency contact phone number: _____

I give my permission for _____ (child's name) to attend the field trip on _____ (date) to _____ (location).

I further give permission for my child to receive emergency medical treatment in the event of an emergency.

Does your child have medical needs of which we need to be aware? (circle one): YES NO

If yes, please explain:

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Fiche d'Autorisation à la Sortie Scolaire

Nom de l'élève : _____ Date : _____

_____ (nom de l'école) emmènera les élèves en excursion pour une expérience éducative hors de l'enceinte de l'école. Pour que votre enfant assiste à cet événement, vous devez remplir ce formulaire et le retourner à l'école au plus tard le _____ (date).

Renseignements sur la sortie scolaire

Enseignant(s) : _____

Date de la sortie scolaire : _____ Heure : _____

Destination (nom et adresse) : _____

Mode de transport : Bus A pied Déposé par les parents Autres : _____

Si vous avez des questions au sujet de cet événement, vous pouvez contacter :

Nom	Titre	Téléphone/e-mail
-----	-------	------------------

Veillez remplir cette section et la retourner à l'école dès que possible.

Nom du Parent/Tuteur : _____

Téléphone/e-mail : _____

Nom du contact d'urgence au cas où je ne serais pas joignable : _____

Numéro de téléphone du contact d'urgence : _____

J'autorise _____ (nom de l'enfant) à participer à la sortie scolaire du _____ (date) à _____ (lieu).

J'autorise en outre mon enfant à recevoir des soins médicaux d'urgence en cas d'urgence.

Votre enfant a-t-il des besoins médicaux dont nous devons être conscients ? (entourez une réponse) :

OUI NON

Si oui, veuillez énumérer :

Signature du Parent/Tuteur : _____ Date : _____