FIELD TRIP REGISTRATION FORM

**TRIP INFORMATION**

**Destination:**

**Date:**

**Departure Time:**

**Return Time:**

**Cost per Student:**

**Payment Due Date:**

**Trip Purpose/Educational Objectives:**

**STUDENT INFORMATION**

**Student Name:**

**Date of Birth:**

**Grade:**

**Teacher:**

**Student ID #:**

**Classroom #:**

**PARENT/GUARDIAN INFORMATION**

**Parent/Guardian Name:**

**Relationship to**

**Student:**

**Home Phone:**

**Cell Phone:**

**Work Phone:**

**Email:**

**Address:**



**EMERGENCY CONTACTS (Other than Parent/Guardian)**

**Emergency Contact 1:**

**Name:**

**Relationship:**

**Phone:**

**Alternate Phone:**

**Emergency Contact 2:**

**Name:**

**Relationship:**

**Phone:**

**Alternate Phone:**

**PARENT/GUARDIAN PERMISSION**

I hereby give permission for my child to participate in the field trip described above. I understand

that:

I am responsible for the field trip fee and understand it is non-refundable

**MEDICAL INFORMATION**

My child has NO medical conditions, allergies, or dietary restrictions

My child has the following medical conditions/allergies/dietary restrictions:

**Medications to be taken during the trip:**

Note: All medications must be given to the school nurse in original containers with instructions

**Insurance Company:**  **Policy Number:**



My child will be supervised by school staff and volunteer chaperones

My child is expected to follow all school rules and behavior expectations

Transportation will be provided by [bus/other] and all safety measures will be followed

In case of emergency, I authorize school officials to obtain necessary medical treatment

I have provided accurate medical and emergency contact information

**FOR OFFICE USE ONLY**

**SIGNATURES**

**By signing below, I acknowledge that I have read, understood, and agree to all terms and conditions of this field trip.**

**Parent/Guardian**  **Date:**

**Signature:**

**Print Name:**  **Student Signature (if**

**applicable):**

**PAYMENT INFORMATION**

**Field Trip Cost: $** **Payment Method:**

* Cash (Amount: $ )
* Check (Check #: ) Make payable to: [School Name]
* Money Order
* Online Payment (Confirmation #: )
* Financial Assistance Requested (Contact office for form)

**Date Received:**  **Payment Received:**

**Receipt #:**  **Processed By:**

FORMULARIO DE REGISTRO DE EXCURSIÓN

**INFORMACIÓN DE LA EXCURSIÓN**

**Destino:**

**Fecha:**

**Hora de Salida:**

**Hora de Regreso:**

**Costo por Estudiante:**

**Fecha Límite de Pago:**

**Propósito/Objetivos Educativos de la Excursión:**

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

**Nombre del Estudiante:**

**Fecha de Nacimiento:**

**Grado:**

**Maestro/a:**

**# de ID del Estudiante:**

**# de Salón:**

**INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR**

**Nombre del**

**Padre/Tutor:**

**Relación con el**

**Estudiante:**

**Teléfono de Casa:**

**Teléfono Celular:**

**Teléfono del Trabajo:**

**Correo Electrónico:**

**Dirección:**



**CONTACTOS DE EMERGENCIA (Además del Padre/Tutor)**

**Contacto de Emergencia 1:**

**Nombre:**

**Relación:**

**Teléfono:**

**Teléfono Alternativo:**

**Contacto de Emergencia 2:**

**Nombre:**

**Relación:**

**Teléfono:**

**Teléfono Alternativo:**

**PERMISO DEL PADRE/TUTOR**

Por la presente doy permiso para que mi hijo/a participe en la excursión descrita anteriormente.

Entiendo que:

Soy responsable del costo de la excursión y entiendo que no es reembolsable

**INFORMACIÓN MÉDICA**

Mi hijo/a NO tiene condiciones médicas, alergias o restricciones dietéticas

Mi hijo/a tiene las siguientes condiciones médicas/alergias/restricciones dietéticas:

**Medicamentos que debe tomar durante la excursión:**

Nota: Todos los medicamentos deben entregarse a la enfermera escolar en sus envases originales con instrucciones

**Compañía de Seguros:**  **Número de Póliza:**



Mi hijo/a será supervisado por personal escolar y chaperones voluntarios

Se espera que mi hijo/a siga todas las reglas escolares y expectativas de comportamiento

El transporte será proporcionado por [autobús/otro] y se seguirán todas las medidas de

seguridad

En caso de emergencia, autorizo a los funcionarios escolares a obtener el tratamiento

médico necesario

He proporcionado información médica y de contacto de emergencia precisa

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE**

**Fecha de Recibido:**  **Pago Recibido:**

**FIRMAS**

**Al firmar abajo, reconozco que he leído, entendido y acepto todos los términos y condiciones de esta excursión.**

**Firma del Padre/Tutor:**  **Fecha:**

**Nombre en Letra de**  **Firma del Estudiante**

**Molde: (si aplica):**

**INFORMACIÓN DE PAGO**

**Costo de la Excursión: $** **Método de Pago:**

* Efectivo (Cantidad: $ )
* Cheque (Cheque #: ) A nombre de: [Nombre de la Escuela]
* Giro Postal
* Pago en Línea (# de Confirmación: )
* Asistencia Financiera Solicitada (Contacte la oficina para el formulario)

**# de Recibo:**  **Procesado Por:**