

**HUNTINGTON UNION FREE SCHOOL DISTRICT  
NOTICE OF FIELD TRIP & PERMISSION SLIP**

Dear Parent or Guardian,

Your child has a scheduled school field trip; information is provided below. Please read then sign this form and have your child return it no later than \_\_\_\_\_.

<b>School:</b> _____	<b>Field Trip Date:</b> _____
<b>Location:</b> _____	<b>Purpose of Trip:</b> _____
<b>Cost:</b> _____	<b>Cash/Check Payable To:</b> _____
<b>Means of Transportation:</b> _____	
<b>Departure Time from School:</b> _____	<b>Return Time to School:</b> _____
<b>Signature of Teacher/Principal:</b> _____	

**FIELD TRIP PARENTAL CONSENT**

I hereby give my child (name) \_\_\_\_\_ permission to participate in a school sponsored field trip on (date) \_\_\_\_\_ to (location) \_\_\_\_\_ .

I understand that my child will be on the field trip from (date) \_\_\_\_\_ (time) \_\_\_\_\_ to (date) \_\_\_\_\_ (time) \_\_\_\_\_ .

**Please check all boxes to be eligible for participation in the trip.**

I understand that my child's participation in the activity is a privilege, and not a right. I acknowledge that I have spoken with my child about my child's need to comply with the specific rules and requirements established for this activity; all District policies and procedures; rules of conduct set forth in the Student Code of Conduct; and, state and federal regulations and laws. I understand that all District rules and policies apply to my child and the other students during the course of the field trip.

I also understand that I have the ability to refuse to sign this form. In addition, that if I refuse to sign, my child will not be permitted to participate in the activity.

**Parent or Guardian Signature:** \_\_\_\_\_

**MEDICAL INFORMATION**

***SHOULD EMERGENCY MEDICAL SERVICES BE REQUIRED FOR YOUR CHILD DURING THE TRIP,  
MEDICAL PERSONNEL WILL BE CONTACTED IMMEDIATELY.***

Name of Family Doctor: _____	Doctor's Phone Number: _____
Does your child need any medication with him/her on this trip?    Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Name of medication: _____	Who is to administer this medication? _____
Emergency Contact Name: _____	Emergency Contact Number: _____
Parent Name: (print) _____	Parent Contact Number: _____
Parent/Guardian Signature: _____	Date: _____

# Huntington High School Student Responsibility Form

FIELD TRIP DATE: \_\_\_\_\_

TEACHER: \_\_\_\_\_

LOCATION: \_\_\_\_\_

## STUDENT RESPONSIBILITY

In addition to needing the permission of my teachers for this field trip, I understand that it is my responsibility to gather information missed in my classes, complete any assignments, including homework and come prepared for the following day's lessons. Failure to fulfill these responsibilities may result in denials of permission for future trips and may impact my class grade.

I agree to behave in an appropriate manner on this field trip and to cooperate with the teacher/chaperone at all times. I agree to abide by any rules set forth by the teacher in charge. I realize that failure to act in an appropriate manner or abide by school, district, or special teacher rules will result in suspension from school or field trips for the remainder of the school year and possibly a more extended time period, depending on the date for the field trip.

**STUDENT NAME: (print)** \_\_\_\_\_

**SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

### A or B Day (Please circle one)

Period	Permission Given (Teacher signature required)	Permission denied due to excessive absence.	Permission denied due to class failure.	Permission denied for other reason.
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				

*\*A lack of permission from two or more teachers may result in the student's inability to attend this school trip.*

**EL DISTRITO ESCOLAR DE HUNTINGTON  
NOTIFICACIÓN DE UN PASEO ESCOLAR Y EL CONSENTIMIENTO**

Estimados padres/tutores,

Su hijo(a) tiene un paseo escolar programado; se encuentra la información a continuación. Por favor, lea y luego firme este formulario y mándelo a la escuela con su hijo(a) a más tardar \_\_\_\_\_.

<b>Escuela:</b> _____	<b>Fecha del paseo:</b> _____
<b>Lugar:</b> _____	<b>Propósito:</b> _____
<b>Costo:</b> _____	<b>Efectivo o cheque pagadero a:</b> _____
<b>Modo de transporte:</b> _____	
<b>Salir de la escuela:</b> _____	<b>Llegar a la escuela:</b> _____
<b>Firma del maestro(a)/director(a):</b> _____	

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA EL PASEO ESCOLAR**

Por medio de la presente autorizo a mi hijo(a) \_\_\_\_\_ a participar en un paseo escolar (fecha) \_\_\_\_\_ para ir a (lugar) \_\_\_\_\_.

Entiendo que mi hijo(a) estará en el paseo de (fecha) \_\_\_\_\_ (hora) \_\_\_\_\_ a (fecha) \_\_\_\_\_ (hora) \_\_\_\_\_.

**Por favor, marque todas las casillas para ser elegible para poder participar en el paseo escolar.**

Entiendo que la participación de mi hijo(a) en la actividad es un privilegio y no un derecho. Reconozco que he hablado con mi hijo(a) sobre la necesidad de mi hijo(a) de cumplir con las reglas y los requisitos específicos establecidos para esta actividad; todas las políticas y procedimientos del distrito escolar; reglas de conducta establecidas en el Código de Conducta Estudiantil; y, regulaciones y leyes estatales y federales. Entiendo que todas las reglas y políticas del distrito escolar se aplican a mi hijo(a) y a los otros estudiantes durante la duración del paseo escolar.

También entiendo que tengo la capacidad de negarme a firmar este formulario. Además, si me niego a firmar, a mi hijo(A) no se le permitirá participar en la actividad.

**Firma de los padres/tutores:** \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN MÉDICA

***SI SU HIJO(A) SE REQUIERE SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA DURANTE EL PASEO, SE CONTACTARÁ EL PERSONAL MÉDICO INMEDIATAMENTE.***

Nombre del doctor de su familia: _____	Teléfono del doctor: _____
¿Necesitará su hijo(a) algún medicamento durante el paseo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre del medicamento: _____	¿Quién debe administrar este medicamento? _____
Nombre de contacto de emergencia: _____	Número de contacto de emergencia: _____
Nombre de los padres: _____	Teléfono de los padres: _____
Firma de los padres/tutores: _____	Fecha: _____

# Responsabilidad del estudiante de la escuela secundaria de Huntington

FECHA DEL PASEO ESCOLAR: \_\_\_\_\_

MAESTRO(A): \_\_\_\_\_

LUGAR: \_\_\_\_\_

## RESPONSABILIDAD DEL ESTUDIANTE

Además de necesitar el permiso de mis maestros para este paseo, entiendo que es mi responsabilidad recopilar la información perdida en mis clases, completar cualquier trabajo, incluso la tarea y estar preparado para las lecciones del día siguiente. El incumplimiento de estas responsabilidades puede resultar en la denegación de permiso para viajes futuros y puede afectar la calificación de mi clase.

Estoy de acuerdo en comportarme de manera adecuada en este paseo escolar y en cooperar con el maestro(a)/acompañante en todo momento. Estoy de acuerdo en cumplir con las reglas establecidas por el maestro(a) encargado. Yo entiendo que el hecho de no actuar de una manera adecuada o cumplir con las reglas de la escuela, el distrito o las reglas especiales de los maestros especiales resultará en la suspensión de la escuela o paseos por el resto del año escolar y posiblemente un período de tiempo más prolongado, dependiendo de la fecha del paseo.

**NOMBRE DE ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**Día A o B**  
**(por favor, encierre uno)**

<b>Periodo</b>	<b>Tiene permiso</b> (Se requiere la firma de los maestros)	No tiene permiso debido a ausencias excesivas.	No tiene permiso debido a que no está aprobandando la clase.	No tiene permiso debido a otra razón.
<b>1.</b>				
<b>2.</b>				
<b>3.</b>				
<b>4.</b>				
<b>5.</b>				
<b>6.</b>				
<b>7.</b>				
<b>8.</b>				
<b>9.</b>				

*\* La falta de permiso de dos o más maestros puede resultar en que el estudiante no asista a este paseo escolar.*