



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS PARENT PERMISSION FORM -- FIELD TRIP

Field trips are not mandatory. They are designed to enhance curriculum, to encourage student participation in extra-curricular activities, and to serve as community service projects.

SECTION I. IDENTIFYING INFORMATION

SCHOOL Kinloch Park Middle School DATE 4/19/2022
STUDENT'S NAME _____ I.D. NO. _____ GRADE/HR _____

SECTION II. NOTIFICATION TO PARENT

Miami-Dade County Public Schools is planning a field trip for Kinloch Park Middle School to TakeYour Child to Work Day
School Group Sponsor Name Name of School Group Destination

The purpose of the trip is to encourage students ages 8-18 to accompany their parents to work.

TRANSPORTATION: Private Vehicle _____ Bus _____ Airline _____ Other Parents will provide transportat
Name of Carrier Please Specify

This trip will be chaperoned by _____ N/A Cost to each student \$ N/A
(Total Number of Chaperones)

I understand that if I am unable to pay for the cost of this trip, and I want my child to participate, where appropriate, my child will be given an opportunity to raise funds through authorized fund-raising activities, or be given assistance in identifying another funding source. (This provision does not apply to activities not directly related to classroom instruction, e.g., Grad Bash, football games, banquets, etc.)

DATE(S) OF TRIP : (Include departure/return time) FROM April 28th, 2022 8:00 am TO April 28th, 2022 2:40 pm

--The above time schedule and/or personnel may be changed due to unforeseen circumstances. --

PLEASE KEEP THE TOP PORTION FOR YOUR INFORMATION.

RETURN THE BOTTOM PORTION TO THE TEACHER.

SECTION III. PARENT/GUARDIAN'S WRITTEN PERMISSION TO PARTICIPATE IN ACTIVITY

I hereby give permission for my child _____ Student I.D. No. _____
(Child's Name)

to participate in the field trip to TakeYour Child to Work Day
(Destination)

DATE(S) OF TRIP : (Include departure/return time) FROM April 28th, 2022 8:00 am TO April 28th, 2022 2:40 pm

I have completed the EMERGENCY CONTACT INFORMATION in Section IV (see below).

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN _____ DATE _____

SECTION IV. EMERGENCY CONTACT INFORMATION

- Name of parent/guardian _____
- Parent/Guardian Phone No(s). Home _____ Business _____ Cell _____
- In case parent/guardian cannot be reached, please contact: _____ Relationship _____ Telephone No. _____
- Please list any insurance policy covering your child _____ Policy No. _____
- Physician's Name _____ Telephone No. _____
- Only if applicable, complete the following:
 - My child has the following medical problem: _____
 - My child takes the following medications regularly: _____
(Proper Medical form #2702 is on file at the school)
 - My child has the following allergies: _____

I AUTHORIZE MEDICAL TREATMENT FOR MY CHILD IN CASE OF ACCIDENT OR ILLNESS WHILE ON THE TRIP.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE _____ DATE _____



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA PADRES - EXCURSIONES

Las excursiones no son obligatorias. Las mismas son planificadas a fin de realizar el programa de estudios, alentar la participación de los estudiantes en actividades extracurriculares y servir como proyectos de servicios a la comunidad.

SECCION I. DATOS DE IDENTIFICACION

ESCUELA Kinloch Park Middle School FECHA 4/19/2022

NOMBRE DEL (DE LA) ESTUDIANTE _____ NO. DE IDENTIFICACION _____ GRADO _____

SECCION II. NOTIFICACION A LOS PADRES

Miami-Dade County Public Schools planea una excursión con Kinloch Park Middle School a TakeYour Child to Work Day
Nombre del(de la) patrocinador(a) (Nombre del Grupo) (Destino)

El propósito de la excursión es to encourage students ages 8-18 to accompany their parents to work.

TRANSPORTE: Vehículo Privado _____ ómnibus _____ Aerolínea _____ Otro Parents will provide transpor
(Nombre de la compañía) (Por favor, especifique)

Esta excursión será supervisada por N/A Costo por estudiante \$ N/A
(Numero de Chaperones)

Entiendo que si deseo que mi hijo(a) participe y no puedo pagar el costo de esta excursión, cuando sea posible, a mi hijo(a) se le dará la oportunidad de recaudar fondos mediante actividades de recolección de fondos o se le asistirá en la identificación de otras fuentes de recursos financieros. (Esta medida no se aplica a las actividades que no se relacionen directamente con la instrucción que se realiza en las aulas, como por ejemplo, la noche de los graduados o "Grad Bash", los juegos de fútbol y los banquetes, etc.)

FECHA: *(Incluir hora de salida y llegada)* DE April 28th, 2022 8:00 am A April 28th, 2022 2:40 pm

-- El horario o el personal pueden ser cambiados por circunstancias imprevistas --

PARA QUE SE MANTEGA INFORMADO(A) POR FAVOR CONSERVE LA PORCION SUPERIOR

POR FAVOR DEVUELVA LA PORCION INFERIOR A LA ESCUELA

SECCION III. AUTORIZACION DE PADRES/TUTORES PARA QUE EL (LA) ESTUDIANTE PARTICIPE EN LA EXCURSION

Le doy la autorización para que mi hijo(a) _____ No. de Identificación _____
Nombre del (de la) niño(a)

participe en la excursión a TakeYour Child to Work Day
Destino

FECHA: *(Incluir hora de salida y llegada)* DE April 28th, 2022 8:00 am A April 28th, 2022 2:40 pm

He llenado los datos SOBRE A QUIEN LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA de la Sección IV (a continuación).

FIRMA DEL PADRE/DE LA MADRE O TUTOR(A) X FECHA _____

SECCION IV. DATOS SOBRE A QUIEN LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA

1. Nombre del padre/de la madre o tutor(a) _____
2. No. de teléfono del padre/de la madre o tutor(a) Casa _____ Empleo _____ Celular _____
3. Si los padres o tutor(a) no pueden ser localizados, por favor comuníquense con _____ Relación _____ No. de teléfono _____
4. Póliza(s) de seguro que cubren a su hijo(a) _____ No. de Póliza(s) _____
5. Nombre del médico _____ No. de teléfono _____
5. Llene lo siguiente solamente si aplica a su hijo(a):
 - a. Mi hijo(a) tiene el siguiente problema médico: _____
 - b. Mi hijo(a) toma las siguientes medicinas con regularidad: _____
(El correspondiente formulario medico 2702 está archivado en la escuela)
 - c. Mi hijo(a) tiene las siguientes alergias: _____

AUTORIZO A QUE SE DE TRATAMIENTO MEDICO A MI HIJO(A) EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD MIENTRA SE ENCUENTRE EN ESTE VIAJE

FIRMA DEL PADRE/DE LA MADRE O TUTOR(A) X FECHA _____