



HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

PARENT APPROVAL FORM

Field Trip Permission Slip

West Briar Middle School
School

9/12/18
Date

Dear Parent(s)/Guardian:

A field trip to Delmar Stadium (West Briar MS Football Game) has been scheduled by your child's
(Destination)

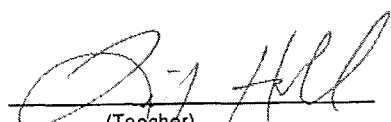
teacher and principal for Tuesday, 9/25/18 .
(Day) (Date)


The trip will be made by school bus, private carrier company, or by private passenger vehicle leaving the school at 3:30 p.m. and returning at 8:00 p.m.
(departure time) (return time)

A teacher-sponsor will accompany this group and will work with the students to accomplish the educational objectives of this trip. If you wish for your child to participate in this important field trip, it is required that you complete and sign the bottom of this form and return the entire form to the teacher-sponsor the following school day. Please make note of the details for your records.

The cost of this trip is \$ 0.00 .

This form MUST be signed and returned. Parent approval may NOT be obtained by telephone.


(Teacher)


(Principal)

This is to certify that _____ has my permission to go on the above listed
(Name of son/daughter)

field trip with this group. I am requesting a fee waiver for the cost of this activity Yes No.

In case of emergency, I may be reached at: _____
(Home/Work telephone) (Cellular Telephone)

(Parent/Guardian Signature)

(Date)

HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
MEDICAL RELEASE FORM

West Briar Middle School
School Name

Name: _____

Address: _____

Please include area code

Home Phone No.: _____ Alternative Phone No.: _____

Parent's Cellular No.: _____ Parent's Cellular No.: _____

Parent's Work No.: _____ Parent's Work No.: _____

I _____ release my daughter/son guardianship rights for the following date(s) 9/25/18

District employees can only administer medication that has been prescribed by a doctor. District policy requires:

- Written physician and parent consent on file for each medication to be given
- All prescribed medication must be in the original container in which the prescription label is affixed.
- Students with asthma, life-threatening food allergies and diabetes may self-carry emergency medications with required consents
- All other prescribed medications must be administered by an authorized district employee.
- If school personnel already administer medication in accordance with this policy, then no further action is required.

A physician and parent consent has been provided for the following prescribed medications:

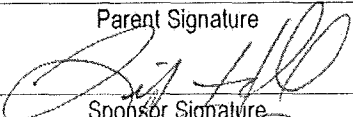

1. _____ (name of medication)	Dosage _____ (amount given)	Taken at _____ (time)
2. _____ (name of medication)	Dosage _____ (amount given)	Taken at _____ (time)
3. _____ (name of medication)	Dosage _____ (amount given)	Taken at _____ (time)

My daughter/son has her/his hospital or medical card: _____ yes _____ no

In case of an Emergency please call _____ at _____
(If parent cannot be reached) (Include area code)

In order to ensure a safe and enjoyable trip, please list any health conditions that your child may have.

My signature below gives you permission to take my daughter/son to a hospital or medical facility, gives my permission for my child to receive medical treatment and gives my permission for the above medication to be administered to my child.

Parent Printed Name <u>Leif Hall</u>	Parent Signature 	Date <u>9/12/18</u>
Sponsor Printed Name <u>Gabriel Lopez</u>	Sponsor Signature 	Date <u>9/14/18</u>
Principal Printed Name	Principal Signature	Date



DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Permiso para una excursión

West Briar Middle School
(School/ Escuela)

9/12/18
(Date/ Fecha)


Estimado padre o tutor:

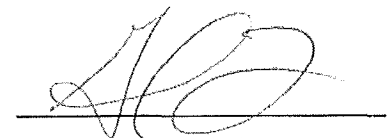
Una excursión a Delmar Stadium (West Briar MS Football Game) fue programada por el maestro/a
(destination)
y director/a de su hijo/a para el Tuesday, 9/25/18.
(Day) (Date)

Se transportará a los estudiantes a la excursión en autobús, por compañía privada de transporte o vehículo privado; saldrá de la escuela a la(s) 3:30 p.m. y regresará
(departure time)
a la(s) 8:00 p.m. .
(return time)

Un maestro/a acompañará al grupo para ayudar a los alumnos a satisfacer los objetivos educativos de la excursión. Si desea que su hijo/a participe en esta excursión importante, deberá firmar la porción inferior de este formulario y devolverlo al maestro/a, el día siguiente. El costo de esta actividad es \$ 0.00 .

DEBE firmar y devolver este formulario. NO puede dar su autorización por teléfono.


(Teacher)


(Principal)

Certifico que _____ tiene mi autorización para participar en esta
(nombre de su hijo/a)
excursión con este grupo de la escuela. Solicito una exención financiera de la cuota. Sí No

En caso de emergencia, llame al _____
(teléfono de casa o trabajo) (teléfono celular)

(firma de padre o tutor)

(fecha)

Regrese el formulario completo a la escuela
FSC 9/2012

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON

AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA

West Briar Middle School
Escuela

Nombre: _____

Dirección: _____

Incluya el prefijo local

Teléfono de casa: _____ Teléfono alternativo: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____

Yo, _____ cedo la tutela de mi hijo(a) para la siguiente fecha(s) 9/25/18. Mi hijo(a) toma los siguientes medicamentos y se le deben administrar en este viaje siguiendo las indicaciones:



- | | | | | | |
|----|---------------------|-------|------------------|-------|--------------|
| 1. | _____ (medicamento) | Dosis | _____ (cantidad) | A las | _____ (hora) |
| 2. | _____ (medicamento) | Dosis | _____ (cantidad) | A las | _____ (hora) |
| 3. | _____ (medicamento) | Dosis | _____ (cantidad) | A las | _____ (hora) |

Mi hijo(a) tiene su tarjeta médica: _____ sí _____ no

En caso de emergencia por favor llame _____ al _____
a _____
(si no se puede comunicar con los padres) (Incluya el prefijo local)

Para que el viaje sea agradable y seguro, por favor incluya cualquier condición médica de su hijo(a).

Mi firma autoriza llevar a mi hijo(a) a un hospital o centro médico y recibir atención médica y que se le administren los medicamentos listados arriba.

Nombre del padre o madre (anote)	Firma del padre o madre	Fecha
<u>Leif Hall</u>		<u>9/12/18</u>
Nombre del organizador	Firma del organizador	Fecha
<u>Gabriel Lopez</u>		<u>9.14.18</u>
Nombre del director	Firma del director	Fecha