



# Port Chester-Rye Union Free School District

113 Bowman Avenue  
Port Chester, New York 10573  
914.934.7913

www.portchesterschools.org

Joseph G. Durney  
District Director  
Curriculum Office

## SCHOOL DISTRICT Parent Approval for Educational Field Trip

I, the undersigned parent or legal guardian of \_\_\_\_\_

Give my permission for him/her to participate in a school sponsored field trip to

\_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_ (Date).

Signature of Parent/Guardian      Phone(H)      (W)      (C)      Date

### EMERGENCY CONTACT (OTHER THAN PARENT/GUARDIAN)

Name: \_\_\_\_\_ Relation to Child \_\_\_\_\_

Phone(H) \_\_\_\_\_ (W) \_\_\_\_\_ (C) \_\_\_\_\_

Health Care Provider's Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Dentist's Name \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Medical Insurance Plan: \_\_\_\_\_ Contract Number/ID#: \_\_\_\_\_

### HEALTH INFORMATION

Allergies Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Please List (including medication) \_\_\_\_\_

Will Epi-Pen be needed: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ If yes **Must** be provided for all field trips

**\*\*Self-directed students will be allowed to carry/administer his/her own medication\*\***

Motion Sickness: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Medication Required \_\_\_\_\_

Seizure Disorder: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Medication Required \_\_\_\_\_

Diabetes: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Medication Required \_\_\_\_\_

Asthma: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Medication Required \_\_\_\_\_

Please indicate any Medical Condition or Situation we should be aware of below: If none please indicate by circling "**NONE**" \_\_\_\_\_

If any medication is required, the completed medication consent form and all medication **MUST** be submitted to the health office prior to the field trip.



# Port Chester-Rye Union Free School District

113 Bowman Avenue  
Port Chester, New York 10573  
914.934.7913

www.portchesterschools.org

Joseph G. Durney  
District Director

## DISTRITO ESCOLAR Aprobación de los padres para los viajes educativos

Yo, el padre o representante legal del estudiante \_\_\_\_\_,  
doy mi permiso para que el/ella pueda participar en los viajes patrocinados por la escuela.

Lugar del viaje: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Num de la casa: \_\_\_\_\_ Num del Trabajo: \_\_\_\_\_ Num del Celular: \_\_\_\_\_

Persona a contactar en caso de emergencia. (OTRA PERSONA DIFERENTE AL PADRE O AL REPRESENTANTE.)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Num de la casa: \_\_\_\_\_ Num del trabajo: \_\_\_\_\_ Num del celular: \_\_\_\_\_

Nombre de su proveedor de salud: \_\_\_\_\_ Num de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de su Dentista: \_\_\_\_\_ Num de Teléfono: \_\_\_\_\_

Plan de seguro medico: \_\_\_\_\_ Num de identificación/ID#: \_\_\_\_\_

### INFORMACION ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD

Tiene Alergias? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Por favor mencione que tipo de alergia(s) tiene y la medicina que debe tomar: \_\_\_\_\_

Necesita un Epi-Pen? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Si necesita, **usted debe** traerlo con usted en cada viaje.)

**\*\*Se le permitirá a los estudiantes administrar y cargar su propia medicina\*\***

Tiene Cinetosis? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Nombre de la Medicina que toma: \_\_\_\_\_

Desorden de ataques? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Nombre de la Medicina que toma: \_\_\_\_\_

Tiene Diabetes? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Nombre de la Medicina que toma: \_\_\_\_\_

Tiene Asma: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Nombre de la Medicina que toma: \_\_\_\_\_

Por favor indique alguna condición o situación médica, de la cual nosotros tengamos que estar enterados en caso de emergencia. Si no hay ninguna condición, por favor circule "NINGUNA" pero si existe alguna condición descríbala sobre la línea. "NINGUNA" \_\_\_\_\_

Si usted debe tomar alguna medicina, por favor indique la información completa de la medicina que usted toma y entregüela en la oficina de enfermería de la escuela con tiempo de anticipación antes del viaje.