



PARENT PERMISSION SLIP FOR FIELD TRIP

Name of Student: *(Please Print)* _____

Name of Parent/Guardian: *(Please Print)* _____

Address: _____ Phone: _____

I, the parent or guardian of the above named student, give my permission for my child to participate in the field trip described as follows:

Date of trip: October 28, 2017 _____

Departure Time: 9:30 a.m. _____ Return Time: 12:00 p.m. _____

Destination and activities: Cleveland Public Library - Central Library. The children will be able to familiarize with Superman Exhibit & Library Tour.

Medical Information and Release

The following special health problems concerning my child should be noted – if none, please check “none”;

- Heart condition Allergy (specify below whether food, bee sting, etc.) Asthma
 Hemophilia Diabetes Other None

Describe condition noted above with particularity, including any medications or other instructions:

In the event of a medical emergency, I hereby authorize the teacher/chaperone attending to my student on the trip to secure medical attention or hospitalization for my child.

Child's physician: _____ Physician's phone number _____

Parent/Guardian contact numbers: (home): _____ (work): _____ (cellular): _____

Alternative emergency contact: _____ Relationship to child: _____

I understand the School of Ukrainian Studies Association of “Ridna Shkola” does not provide medical insurance for my child for purposes of this trip, and I am solely responsible for providing such insurance and for payment of any medical treatment expenses for my child that are not covered by insurance.

I have read the information, verifying its accuracy, and agree to the statements made above:

Parent/Guardian Signature

Date



ДОЗВІЛ БАТЬКІВ НА ЕКСКУРСІЮ

Ім'я учня/учениці: (друкованими літерами) _____

Ім'я батька/мама / опікуна: (друкованими літерами) _____

Адреса: _____ Телефон: _____

Я, батько/мати/ або опікун вищеназваного учня, даю дозвіл моїй дитині взяти участь в ознайомчій поїздки/екскурсії, що описується наступним чином:

Дата поїздки: 28 жовтня 2017 р.

Час відправлення: о 9:30 год. час повернення: о 12:00 год.

Призначення і види діяльності: Центральна Громадська Бібліотека у Клівленді. Екскурсія по бібліотеці та ознайомлення дітей з виставкою Superman.

Медична інформація і дозвіл

Наступні особливі проблеми зі здоров'ям, що стосуються моєї дитини слід відзначити - якщо немає, будь ласка, зазначте "Немає";

- Серцевий стан Алергія (вказажіть нижче від їжі, укусу бджоли і т.д.) Астма
 Гемофілія Діабет Інша Немає

Опишіть стан відзначеного вище стану у конкретності, включаючи будь-які ліки або інші інструкції:

У разі невідкладної медичної допомоги, я дозволяю вчителю / супроводжуючій особі моєї учниці/учня на екскурсійну поїздку, щоб забезпечити медичну допомогу або госпіталізацію для моєї дитини.

Лікар дитини: _____ Номер телефону лікаря _____

Батька/Мати/Опікуна контактні номери телефонів: (домашній): _____ (робочий): _____
(мобільний): _____

Альтернативний додатковий контакт: _____ Відносини до дитини: _____

Я розумію, що Школа Українознавства Товариства "Рідна школа" не надає медичну страхівку для моєї дитини для цілей цієї поїздки, і я несу повну відповідальність за надання такої страхівки і для оплати будь-яких медичних витрат на лікування для моєї дитини, які не покриваються страхівкою.

Я прочитав/ла інформацію, перевіривши її точність, і підтверджую інформацію, зроблену вище:

Підпис батька/мати/опікуна

Дата