

Public School 65  
THE ACADEMY OF INNOVATIVE LEARNING  
"Where Every Student is a "CHILD OF PROMISE"



718-981-5034 (office)

98 Grant Street, Staten Island, New York 10301  
718-981-6109 (fax)

www.ps65R.org

**PARENT NOTIFICATION/CONSENT FORM**  
**DAY TRIP**

**NEW TRIP POLICY:** For student to attend, signed permission slip must be given to teacher **3 DAYS PRIOR** to date of trip. **(NO EXCEPTIONS)** If the cost of trip is a problem, please send in a note to the teacher **3 DAYS PRIOR** to trip date.

Name: \_\_\_\_\_ Class: \_\_\_\_\_

Trip Date: \_\_\_\_\_ Trip Destination: \_\_\_\_\_

*\*This signed form must be given to teacher on (date) \_\_\_\_\_ for student to attend.*

Cost of Trip: \_\_\_\_\_ (If there's a problem, please send in a note to the teacher 3 days prior.)

Departure Site/Time: \_\_\_\_\_

Return Site/Time: \_\_\_\_\_

Mode of Transportation: \_\_\_\_\_

Trip Coordinator: \_\_\_\_\_

Purpose of Trip: \_\_\_\_\_

Specific Clothing/Equipment Required for this Trip: \_\_\_\_\_

This trip will include the following physical and sports activities: \_\_\_\_\_

I, the parent/guardian of the student name above, hereby give my permission for my child to take part in the school trip described above.

- a) I understand that there are potential risks associated with the above-listed activities and I consent to my child's participation in all activities except the following:  
\_\_\_\_\_
- b) Please indicate below any permanent or temporary medical or other condition including special dietary and medication needs, or the need for visual or auditory aids, which should be known about your child:  
\_\_\_\_\_
- c) I understand that as a parent, if I believe it is necessary to limit my child's activity to a great extent, then the school may not be able to accommodate my child on this trip and that I and my child will be informed of this decision as soon as possible upon the receipt by the school of this completed consent form
- d) I agree that in the event of an emergency injury or illness, the staff member(s) in charge of the trip may act on my behalf and at my expense in obtaining medical treatment for my child
- e) I understand that my child is expected to behave responsibly and to follow the school's discipline code and policies.
- f) I agree and understand that I am responsible for the actions of my child, and I release the school from all claims and liabilities that arise in connection with the trip, except if due to the negligence of school officials.
- g) I understand that I am responsible for getting my child to and from the departure and return sites identified above. I understand that my child shall be accompanied by staff member(s) during the trip, including while traveling from the departure site to the destination site, and from the destination site to the return site.
- h) I understand that alcoholic beverages and/or illegal drugs are prohibited and have discussed this prohibition with my child. I understand that if my child is found in possession of these substances, he/she will be subject to school disciplinary procedures and possible criminal prosecution.
- i) I understand that students who violate the school's discipline code may be excluded in the future by the school from participating in a trip.

In an emergency I can be reached at Day: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Evening: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Additional Contact: Name: \_\_\_\_\_ Day: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Evening (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Check here if you are available to chaperone. You will be notified by the teacher if you have been selected. We will make sure that everyone has an opportunity to attend trips throughout the year.*

\_\_\_\_\_  
PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
STUDENT'S NAME

\_\_\_\_\_  
CLASS

Public School 65  
THE ACADEMY OF INNOVATIVE LEARNING  
"Where Every Student is a "CHILD OF PROMISE"



718-981-5034 (office)

98 Grant Street, Staten Island, New York 10301  
718-981-6109 (fax)

[www.ps65R.org](http://www.ps65R.org)

**NOTIFICACIÓN A LOS PADRES**  
**CONSENTIMIENTO DE VIAJE ESCOLAR**

**NUEVA POLÍTICA SOBRE LOS VIAJES ESCOLARES:** Para que el estudiante asista, firme el premise. Se debe de dar a la maestra 3 días antes de la fecha del viaje. (SIN EXCEPCIONES) Si el costo del viaje es un problema, por favor envíe una nota al maestro 3 días antes de la fecha del viaje.

Nombre: \_\_\_\_\_ Clase: \_\_\_\_\_

Fecha de Viaje Escolar: \_\_\_\_\_ Destino de Viaje Escolar: \_\_\_\_\_

\* Este formulario firmado debe darse al maestro el día (fecha) \_\_\_\_\_ para estudiante asista.

Costo de viaje: \_\_\_\_\_ (Si hay un problema, por favor envíe una nota al maestro 3 días antes.)

Salida del sitio/hora: \_\_\_\_\_

Volver al sitio/hora: \_\_\_\_\_

Modo de transporte: \_\_\_\_\_

Coordinador de viaje: \_\_\_\_\_

Propósito del viaje: \_\_\_\_\_

Específica Ropa / equipo requerido para este viaje: \_\_\_\_\_

Este viaje incluirá las siguientes actividades físicas y deportivas: \_\_\_\_\_

Yo, el padre/tutor del estudiante nombrado anterior, doy mi permiso para que mi hijo participe en el viaje de escolar como se ha descrito anteriormente.

- Entiendo que hay riesgos potenciales asociados con las actividades enumeradas anteriormente y que consentan a la participación de mi hijo en todas las actividades excepto los siguientes:  
\_\_\_\_\_
- Por favor, indique a continuación cualquier condición médica o de otro tipo permanente o temporal incluyendo necesidades dietéticas y medicamentos especiales, o la necesidad de ayudas visuales o auditivos, lo que se debe saber acerca de su hijo:  
\_\_\_\_\_
- Entiendo que como padre de familia, si yo creo que es necesario limitar la actividad de mi hijo, en gran medida, entonces la escuela puede no ser capaz de adaptarse a mi hijo en este viaje y que yo y mi hijo será informado de esta decisión tan pronto como sea posible después de la recepción por parte de la escuela de este formulario de consentimiento completado
- Estoy de acuerdo en que, en el caso de una lesión o enfermedad de emergencia, el funcionario (s) a cargo de la excursión puede actuar en mi nombre y en mi costo de obtener tratamiento médico para mi hijo
- Entiendo que se espera que mi hijo se comporte de manera responsable y seguir el código y las políticas de disciplina de la escuela.
- Estoy de acuerdo y entiendo que soy responsable por las acciones de mi hijo, y yo libero a la escuela a partir de las demandas y obligaciones que surgen en relación con el viaje, excepto si se debe a la negligencia de las autoridades escolares.
- Yo entiendo que soy responsable de que mi hijo lleve al la salida y regreso de los sitios identificados anteriormente. Entiendo que mi hijo irá acompañada por miembro (s) del personal durante el viaje, incluyendo durante el viaje desde el lugar de partida hasta el lugar de destino, y desde el lugar de destino al lugar de retorno.
- Entiendo que las bebidas alcohólicas y/o drogas ilegales están prohibidos y han discutido esta prohibición con mi hijo. Entiendo que si mi hijo se encuentra en posesión de estas sustancias, él/ella estará sujeto a los procedimientos disciplinarios de la escuela y posible procesamiento criminal.
- Entiendo que los estudiantes que violen el código de disciplina de la escuela pueden ser excluidos en el futuro por la escuela de participar en un viaje.

En una situación de emergencia puedo ser alcanzado en el día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ noche: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Contacto Adicional:

Nombre: \_\_\_\_\_ Día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ de noche (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Marque aquí si usted está disponible para acompañarnos al viaje escolar. Usted será notificado por el maestro si usted ha sido seleccionado. Nos aseguraremos de que todos tengan la oportunidad de asistir a los viajes durante todo el año.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Salon de Clase