



Red Clay Consolidated School District

Student Field Trip

Parent/Guardian Permission

School: Skyline Middle School Phone Number: (302) 454-3410
Sponsor: A. McCollum, G. Castaldi, L. Bulla Class/Group: AVID students - 7th and 8th grade

DESCRIPTION OF FIELD TRIP:

Destination (Itinerary): Ashland Nature Center, 3511 Barley Mill Road, Hockessin, DE

Date of Field Trip: 09/23/2022 Date of Return: 09/23/2022
Time of Departure: 9:30 AM Time of Return: 1:15 PM
Place of Departure: Skyline Middle School Cost to Student: \$0.00 Delaware Nature Society scholarship

Method of Transportation: School Bus

Purpose of Trip: Explore and experience extracurricular and community service activities within the school and community SA, Deepen relational capacity with classmates through effective conflict management

Eating Arrangements: Bring a bag lunch or request a bag lunch see below

Special Instructions: We will be outdoors so please dress for the weather. Wear older shoes and clothing as they may get dirty.

RETURN THIS PORTION TO THE SCHOOL

Advisor: A. McCollum, G. Castaldi, L. Bulla Date of Trip: 09/23/2022 to 09/23/2022
Trip Destination: Ashland Nature Center, 3511 Barley Mill Road, Hockessin, DE

☐

May go on this trip.

☐

May not go on this trip.

Student name, first and last

____ **No**, my child does not receive medication during the hours of the field trip
____ **Yes**, my child needs medication during the field trip hours. I will **(mark one)**

- ☐ Send in medication from home in the properly labeled bottle
☐ Notify the school nurse to dispense from school

Bag lunch request (check one)

- ____ PB & J
____ Yogurt & cheese stick
____ sandwich

Name of medication: _____
Dose (amount): _____
Time to be taken: _____
How is it taken (route): _____

I, _____, give permission for school personnel to help administer the above medication to my child, _____

Other medical information: _____

Home Address: _____ **Phone:** _____

Father's Work Phone: _____ **Mother's Work Phone:** _____

Emergency Contact Person: _____ **Phone:** _____

Physician's Name: _____ **Phone:** _____

I give consent for emergency treatment if none of the above can be reached.

Print name of parent/guardian

Signature

Date



Distrito Escolar Consolidado Red Clay

Excursión de los alumnos

Autorización del Padre/Tutor

Escuela: Skyline Middle Teléfono de la escuela: (302) 454-3410

Patrocinador: A. McCollum, G. Castaldi, L. Bulla Clase/Grupo: AVID students - 7th and 8th grade

DESCRIPCIÓN DE LA EXCURSIÓN:

Destino (Itinerario) Ashland Nature Center, 3511 Barley Mill Road, Hockessin, DE

Fecha de la excursión: 09/23/2022 Fecha de la regreso: 09/23/2022

Hora de salida: 9:30 AM Hora de regreso: 1:15 PM

Lugar de salida: Skyline Middle School Costo para alumno: \$0.00 Delaware Nature Society scholarship

Transporte: School Bus

Propósito de la Excursión: Ashland Nature Center

Arreglos para la Comida:

Instrucciones Especiales:

ENTREGAR ESTA SECCIÓN A LA ESCUELA

Patrocinador: A. McCollum, G. Castaldi, L. Bulla Fecha de la excursión: 09/23/2022

Destino de la excursión: Ashland Nature Center, 3511 Barley Mill Road, Hockessin, DE

☐ Puede ir a esta excursión. ☐ No puede ir a esta excursión.

Nombre del alumno, primer nombre y apellido

☐ No, mi hijo(a) no necesita medicación durante el horario de la excursión.

☐ Sí, mi hijo(a) necesita medicación durante el horario de la excursión. Yo (marcar una opción con un círculo)

☐ enviaré la medicación desde el hogar en el envase debidamente etiquetado.

☐ le avisaré a la enfermera escolar que les proporcione el medicamento del que tiene en la escuela.

Nombre del medicamento:

Dosis (cantidad):

Horario en que se debe administrar:

Cómo se toma (vía):

Yo, _____, autorizo al personal escolar a ayudar a administrar el medicamento anteriormente mencionado a mi hijo(a), _____.

Otra información médica:

Domicilio: Teléfono:

Teléfono laboral del padre: Teléfono laboral de la madre:

Persona a contactar para emergencias: Teléfono:

Nombre del médico: Teléfono:

Doy mi consentimiento para tratamiento de emergencia si ninguna de las personas mencionadas puede ser localizada.

Nombre del padre/tutor

Firma

Fecha