

ACTIVITY/FIELD TRIP PARENT PERMISSION FORM



I _____ agree to allow my son or daughter,
(PARENT/GUARDIAN)
 _____, _____, to attend the following field trip or out-of-school activity:
(STUDENT NAME) ID#

NHS | NHS Band

TRIP NAME Field Trip		
DESTINATION Marching Contests, Away Football, Veteran's Parade, Concert Contests, Jazz Contests		
DESCRIPTION AND EDUCATIONAL PURPOSE Band performances for the community or contest for educational evaluation and feedback		
DATE 09/13/2024	DEPARTURE TIME 05:30 AM	RETURN DATE/ ESTIMATED RETURN TIME 09/13/2024 / 10:30 PM
GROUP/CLASS/SCHOOL CLUB NHS Band	SPONSOR OF FIELD TRIP OR OUT-OF-SCHOOL ACTIVITY Matt Chandler, Jamie Shepherd, David Craig, Andrew Orr	
TRANSPORTATION NPS Bus,NPS Suburban,Commercial/Charter Bus		
DRIVER IF LEASED OR PRIVATE VEHICLE NPS Teacher		
ADDITIONAL FIELD TRIP INFORMATION		
9/20 Away Football @ Southmoore, 9/28 Marching Contest @ ECU, 10/5 Marching Contest @ Elgin, 10/29 Marching Contest @ Western Heights, 4/3 Concert Contest @ Mustang, 4/16 Concert Contest @ Choctaw, 4/17 Concert Contest @ OU, 4/23 Solo/Ens Contest @ OSU, 4/30 Jazz Contest @ UCO		
HEALTH SERVICES		
Will your child require the administration of any medication or medical procedures while on the field trip?		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
IF YOU ANSWERED YES - MEDICATION/PROCEDURE		TIME
STUDENT AGREEMENT		
While participating on this field trip, I will accept responsibility for maintaining good conduct and appearance, and I will follow directions at all times. I understand that the District's Code of Student Conduct is applicable to this activity and my participation.		
STUDENT'S SIGNATURE		DATE
PARENT AGREEMENT		
This is to certify that I authorize the Superintendent or a designated representative to secure any and all emergency medical care and treatment for my child for acute illness suffered or injury sustained while participating in this trip or activity. I understand that, while student safety is a high priority for the district, under state law, the school is not responsible for medical costs associated with student injury. If you have any questions, please contact Student Services at (405) 366-5844. I have read, understand, and sign this release voluntarily.		
PARENT/GUARDIAN SIGNATURE		DATE
DAYTIME PHONE NUMBER	EMERGENCY CONTACT NAME	EMERGENCY CONTACT PHONE NUMBER

FORMULARIO DE PERMISO DE LOS PADRES PARA SALIR A EXCURSIONES



Yo _____ doy permiso para que mi hijo o hija,
(PADRE/ TUTOR)
 _____, asista a la siguiente excursión o actividad fuera de la escuela:
(NOMBRE DEL ALUMNO) # IDENTIFICACIÓN

NHS | NHS Band

NOMBRE DE LA EXCURSIÓN Field Trip		
DESTINO Marching Contests, Away Football, Veteran's Parade, Concert Contests, Jazz Contests		
DESCRIPCIÓN Y PROPÓSITO EDUCATIVO Band performances for the community or contest for educational evaluation and feedback		
FECHA 09/13/2024	HORA DE SALIDA 05:30 AM	FECHA DE REGRESO/ HORA ESTIMADA DE REGRESO 09/13/2024 / 10:30 PM
GRUPO/ CLASE/ CLUB ESCOLAR NHS Band	PATROCINADOR DE LA EXCURSIÓN O ACTIVIDAD FUERA DE LA ESCUELA Matt Chandler, Jamie Shepherd, David Craig, Andrew Orr	
TRANSPORTE NPS Bus, NPS Suburban, Commercial/Charter Bus		
CONDUCTOR SI SE TRATA DE UN VEHÍCULO RENTADO O PRIVADO NPS Teacher		
INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA EXCURSIÓN		
9/20 Away Football @ Southmoore, 9/28 Marching Contest @ ECU, 10/5 Marching Contest @ Elgin, 10/29 Marching Contest @ Western Heights, 4/3 Concert Contest @ Mustang, 4/16 Concert Contest @ Choctaw, 4/17 Concert Contest @ OU, 4/23 Solo/Ens Contest @ OSU, 4/30 Jazz Contest @ UCO		
SERVICIOS DE SALUD		
¿Su hijo requerirá la administración de algún medicamento o procedimiento médico mientras está en la excursión?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA INDIQUE LOS MEDICAMENTOS O PROCEDIMIENTOS		HORA
ACUERDO DEL ALUMNO		
Mientras participo en esta excursión, aceptaré la responsabilidad de mantener buena conducta y apariencia, y seguiré las instrucciones en todo momento. Comprendo que el Código de Conducta Estudiantil del Distrito aplica para esta actividad y mi participación.		
FIRMA DEL ALUMNO		FECHA
ACUERDO DE LOS PADRES		
La presente certifica que autorizo que el Superintendente o su representante garanticen cualquier atención médica y tratamiento de emergencia para mi hijo en caso de enfermedades repentinas y agudas o lesiones sufridas mientras participa en esta excursión o actividad. Comprendo que, aunque la seguridad del alumno es la prioridad fundamental para el distrito, bajo las leyes estatales, la escuela no es responsable de los gastos médicos asociados con la lesión del alumno. Si tiene cualquier pregunta, comuníquese a Servicios Estudiantiles, con Holly McKinney o Scott Beck al (405) 366-5844. He leído, comprendido y firmado esta liberación de manera voluntaria.		
FIRMA DEL PADRE/ TUTOR		FECHA
NÚM. TELEFÓNICO DIURNO	CONTACTO DE EMERGENCIA	NÚM. TELEFÓNICO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA