



# HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

## PARENT APPROVAL FORM

### Field Trip Permission Slip

Meyerland PVAMS  
School

4/21/22  
Date

Dear Parent(s)/Guardian:

A field trip to Main Event, Stafford has been scheduled by your child's  
(Destination)  
teacher and principal for 6/23/22.  
(Day) (Date)

The trip will be made by school bus, private carrier company, or by private passenger vehicle leaving the school at 10 am and returning at 2 pm.  
(departure time) (return time)

A teacher-sponsor will accompany this group and will work with the students to accomplish the educational objectives of this trip. If you wish for your child to participate in this important field trip, it is required that you complete and sign the bottom of this form and return the entire form to the teacher-sponsor the following school day. Please make note of the details for your records. The cost of this trip is \$ 20 in school pay. If you are unable to pay this fee, you may request a waiver. For lunch your child will need: lunch is included.

This form MUST be signed and returned. Parent approval may NOT be obtained by telephone.

[Signature]  
(Teacher)

[Signature]  
(Principal)

This is to certify that \_\_\_\_\_ has my permission to go on the above listed  
(Name of son/daughter)

field trip with this group. I am requesting a fee waiver for the cost of this activity ☐ Yes ☐ No.

In case of emergency, I may be reached at: \_\_\_\_\_  
(Home/Work telephone) (Cellular Telephone)

\_\_\_\_\_  
(Parent/Guardian Signature)

\_\_\_\_\_  
(Date)

Return this entire form to the school!  
FSC 09/2012



# DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

### Permiso para una excursión

Meyerland PVAMS  
(School/ Escuela)

4/21/22  
(Date/ Fecha)

Estimado padre o tutor:

Una excursión a Main Event, Stafford fue programada por el maestro/a  
(destination)  
y director/a de su hijo/a para el 6/3/22.  
(Day) (Date)

Se transportará a los estudiantes a la excursión en autobús, por compañía privada de transporte o vehículo privado; saldrá de la escuela a la(s) 10 am y regresará  
(departure time)  
a la(s) 2pm.  
(return time)

Un maestro/a acompañará al grupo para ayudar a los alumnos a satisfacer los objetivos educativos de la excursión. Si desea que su hijo/a participe en esta excursión importante, deberá firmar la porción inferior de este formulario y devolverlo al maestro/a, el día siguiente. Pago a través de la pagina web de la escuela  
El costo de esta actividad es \$ 20. Si no le es posible pagar la cuota, puede

solicitar una exención financiera. Para el almuerzo, su hijo/a necesitará Almuerzo incluido.  
DEBE firmar y devolver este formulario. NO puede dar su autorización por teléfono.

[Signature]  
(Teacher)

[Signature]  
(Principal)

Certifico que \_\_\_\_\_ tiene mi autorización para participar en esta  
(nombre de su hijo/a)  
excursión con este grupo de la escuela. Solicito una exención financiera de la cuota. ☐ Sí ☐ No  
En caso de emergencia, llame al \_\_\_\_\_  
(teléfono de casa o trabajo) (teléfono celular)

\_\_\_\_\_  
(firma de padre o tutor)

\_\_\_\_\_  
(fecha)

Regrese el formulario completo a la escuela  
FSC 9/2012



HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT  
MEDICAL RELEASE FORM

Meyerland FVAMS  
School Name

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

Address: \_\_\_\_\_

Please include area code

Home Phone No.: \_\_\_\_\_ Alternative Phone No.: \_\_\_\_\_

Parent's Cellular No.: \_\_\_\_\_ Parent's Cellular No.: \_\_\_\_\_

Parent's Work No.: \_\_\_\_\_ Parent's Work No.: \_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_ release my daughter/son guardianship rights for the  
following date(s) 6/3/22

District employees can only administer medication that has been prescribed by a doctor. District policy requires:

- Written physician and parent consent on file for each medication to be given
- All prescribed medication must be in the original container in which the prescription label is affixed.
- Students with asthma, life-threatening food allergies and diabetes may self-carry emergency medications with required consents
- All other prescribed medications must be administered by an authorized district employee.
- If school personnel already administer medication in accordance with this policy, then no further action is required.

A physician and parent consent has been provided for the following prescribed medications:

|                                  |                                |                          |
|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| 1. _____<br>(name of medication) | Dosage _____<br>(amount given) | Taken at _____<br>(time) |
| 2. _____<br>(name of medication) | Dosage _____<br>(amount given) | Taken at _____<br>(time) |
| 3. _____<br>(name of medication) | Dosage _____<br>(amount given) | Taken at _____<br>(time) |

My daughter/son has her/his hospital or medical card: \_\_\_\_\_ yes \_\_\_\_\_ no

In case of an Emergency please call \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_  
(if parent cannot be reached) (include area code)

In order to ensure a safe and enjoyable trip, please list any health conditions that your child may have.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

My signature below gives you permission to take my daughter/son to a hospital or medical facility, gives my permission for my child to receive medical treatment and gives my permission for the above medication to be administered to my child.

Parent Printed Name  
Mtzi Levine  
Sponsor Printed Name  
Anden Savabia  
Principal Printed Name

Parent Signature  
Mtzi Levine  
Sponsor Signature  
Anden Savabia  
Principal Signature

Date  
4/21/22  
Date  
4/21/22  
Date

**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON**

**AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA**

Meyerland PVMS  
Escuela

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Incluya el prefijo local

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ cedo la tutela de mi hijo(a) para la siguiente  
fecha(s) 6/3/22. Mi hijo(a) toma los siguientes  
medicamentos y se le deben administrar en este viaje siguiendo las indicaciones:

- |                           |                           |                       |
|---------------------------|---------------------------|-----------------------|
| 1. _____<br>(medicamento) | Dosis _____<br>(cantidad) | A las _____<br>(hora) |
| 2. _____<br>(medicamento) | Dosis _____<br>(cantidad) | A las _____<br>(hora) |
| 3. _____<br>(medicamento) | Dosis _____<br>(cantidad) | A las _____<br>(hora) |

Mi hijo(a) tiene su tarjeta médica: \_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no

En caso de emergencia por favor llame \_\_\_\_\_

al \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_

(si no se puede comunicar con los padres)

(Incluya el prefijo local)

Para que el viaje sea agradable y seguro, por favor incluya cualquier condición médica de su hijo(a).  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mi firma autoriza llevar a mi hijo(a) a un hospital o centro médico y recibir atención médica y que se le administren los medicamentos listados arriba.

Nombre del padre o madre (anote)

Mitzi Levine

Nombre del organizador

Audrey Sarabia

Nombre del director

Firma del padre o madre

Mitzi Levine

Firma del organizador

Audrey Sarabia

Firma del director

Fecha

4/21/22

Fecha

4/21/22

Fecha