

Field Trip Permission Slip

Student Name: _____ Date: _____

_____ (school name) will be taking the students on a field trip for an educational experience off of the school grounds. In order for your child to attend this event, you must complete this form and return it to the school on or before _____ (date).

Field trip information

Teacher(s): _____

Date of field trip: _____ Time: _____

Destination (name and address): _____

Method of transportation: Bus Walking Parent drop off Other: _____

If you have questions about this event, you may contact:

Name	Title	Phone/e-mail

Please complete this section and return it to the school as soon as possible.

Parent/Guardian Name: _____

Phone/e-mail: _____

Name of emergency contact in case I cannot be reached: _____

Emergency contact phone number: _____

I give my permission for _____ (child's name) to attend the field trip on _____ (date) to _____ (location).

I further give permission for my child to receive emergency medical treatment in the event of an emergency.

Does your child have medical needs of which we need to be aware? (circle one): YES NO

If yes, please explain:

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

ফিল্ড ট্রিপের অনুমতি স্লিপ

শিক্ষার্থীর নাম: _____ তারিখ: _____

_____ (school name) স্কুল গ্রাউন্ডের বাইরে একটি শিক্ষাগত অভিজ্ঞতার জন্য শিক্ষার্থীদের একটি ফিল্ড ট্রিপে নিয়ে যাবে। আপনার সন্তানের এই ইভেন্টে যোগ দেওয়ার জন্য, আপনাকে অবশ্যই এই ফর্মটি পূরণ করতে হবে এবং _____ (date) তারিখ বা তার আগে স্কুলে ফেরত পাঠাতে হবে।

ফিল্ড ট্রিপের তথ্য

শিক্ষক শিক্ষক:

ফিল্ড ট্রিপের তারিখ: _____ সময়: _____

গন্তব্যস্থল (নাম ও ঠিকানা): _____

যাতায়াত পদ্ধতি: ___ বাস ___ পায়ে হেঁটে ___ পিতামাতা ড্রপ করবে ___ অন্যান্য: _____

এই ইভেন্ট সম্পর্কে আপনার কোন প্রশ্ন থাকলে, আপনি নিম্নের ব্যক্তির সাথে যোগাযোগ করতে পারেন:

নাম	পদবী	ফোন/ইমেইল
-----	------	-----------

অনুগ্রহ করে এই সেকশনটি পূরণ করুন এবং যত দ্রুত সম্ভব স্কুলে ফেরত পাঠান।

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম: _____

ফোন/ইমেইল: _____

আমার সাথে যোগাযোগ করা না গেলে ইমার্জেন্সি যোগাযোগ ব্যক্তির নাম:

জরুরী যোগাযোগ ফোন নম্বর: _____

আমি _____ (child's name) কে _____ (date)

তারিখ _____ (location) স্থানে ফিল্ড ট্রিপে যাওয়ার

অনুমতি প্রদান করছি।

আমি আরও আমার সন্তানের জরুরী পরিস্থিতিতে জরুরী চিকিৎসা নেওয়ার অনুমতি দিচ্ছি।

আপনার বাচ্চার কি মেডিক্যাল প্রয়োজনীয়তা আছে যা আমাদের জানা প্রয়োজন? (একটিতে গোল চিহ্ন দিন): হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, ব্যাখ্যা করুন:

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: _____ তারিখ:
