

Baldwin Park Unified School District
ACTIVITY PERMISSION AND INFORMATION CARD

T-4

_____ LAST NAME FIRST NAME GRADE _____
 _____ SCHOOL, CLASS, OR GROUP DATE, SEASON OR SCHOOL YEAR _____

has my permission to participate in study trips or co-curricular activities in district authorized transportation under the supervision of the teacher/coach. In the event of injury, I authorize the following course of medical action after preliminary first aid:

_____ Immediate emergency treatment by nearest medical service.
 _____ Treatment by family physician only. _____
 _____ PHYSICIAN'S NAME _____
 _____ ADDRESS PHONE _____

_____ Other. Please specify: _____

Parent Signature _____ Home Phone _____
 Address _____ Work Phone _____

Distrito Escolar Unificado de Baldwin Park
INFORMACIÓN Y PERMISO PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES

T-4

_____ APELLIDO NOMBRE GRADO _____
 _____ ESCUELA, CLASE, O GRUPO FECHA, ESTACIÓN DEL AÑO, O AÑO ESCOLAR _____

tiene mi permiso para participar en viajes relacionados con el curso de estudios por medio de transportación autorizada por el distrito y bajo la supervisión del profesor. En caso de injuria, autorizo la siguiente acción médica después de primeros auxilios:

_____ Tratamiento inmediato de emergencia por el servicio médico más cercano.
 _____ Tratamiento solamente por el médico de la familia _____
 _____ NOMBRE DEL MÉDICO _____
 _____ DIRECCIÓN TELÉFONO _____

_____ Otro. Favor de especificar: _____

Firma _____ Teléfono _____
 _____ PADRE O MADRE HOGAR _____

Dirección _____ Teléfono _____
 _____ TRABAJO _____