

---

## VIAGEM DE CAMPO ESCOLAR – PERMISSÃO (W)

---

Este documento pode ser preenchido usando Adobe Acrobat ou pode ser impresso e preenchido manualmente.

Eu dou permissão para \_\_\_\_\_ (Nome do estudante)

participar da próxima viagem fora da escola em \_\_\_\_\_ (Data)

Professor

Destino da viagem

Modo de transporte

Motivo da viagem

Nome(s) do(s) acompanhante(s) da escola na viagem

Custo por aluno: \$

Atribuições dos acompanhantes:

- Todos os adultos que participam de uma excursão escolar o fazem na qualidade de supervisão
- Os acompanhantes devem sentar-se em vários pontos do(s) ônibus(s), conforme determinado pelo professor responsável
- Quando necessário, espera-se que os adultos corrijam e orientem o comportamento dos alunos
- Desrespeito ou desobediência devem ser relatados ao professor supervisor
- Os adultos devem permanecer com o grupo durante todas as atividades programadas
- Espera-se que os adultos estejam atentos e conscientes de incidentes ou situações que possam constituir problemas de segurança.
- O patrocinador do grupo ou professor responsável tomará todas as decisões relativas ao comportamento apropriado e à interpretação da escola ou conselho de políticas e regulamentos educacionais.

**(Pais/ Responsáveis: Marque uma)**

NÃO há alterações nas informações médicas do aluno.

Há alterações nas informações médicas dos alunos; Eu irei/terei que contatar(ed) a enfermeira da escola.

Contato da Escola/Nome do Professor

Apesar da supervisão e das precauções em vigor, compreendo que a participação em algumas atividades relacionadas com esta viagem/ evento pode ser perigosa e assumo todos os riscos de danos ou lesões que possam ocorrer como resultado da participação. Eu isento o Conselho de Educação e seus dirigentes, funcionários ou agentes de qualquer responsabilidade, custos e/ou danos resultantes da participação do meu filho. Caso um dos pais/responsável não possa ser contactado, concedo autoridade aos funcionários e acompanhantes para agir em uma emergência médica ou garantir tratamento médico em um centro médico próximo e concordo em aceitar a responsabilidade financeira pelos custos relacionados.

Pai/Assinatura  
do Guardiã

Data \_\_\_\_\_