



Accredited by the Middle States Association/Council on Elementary and Secondary Education

Bridgehampton Union Free School District

P.O. Box 3021, 2685 Montauk Highway, Bridgehampton, NY 11932
Telephone: (631) 537-0271 www.bridgehampton.k12.ny.us Facsimile: (631) 537-9038

FIELD TRIP PERMISSION FORM

DATE Monday, December 10th, 2018 WE ARE PLANNING A FIELD TRIP

TO Suffolk Co. Dept of Health

TRANSPORTATION WILL BE PROVIDED AND THERE WILL BE ADEQUATE SUPERVISION. IF YOU WISH TO HAVE YOUR CHILD TAKE PART IN THIS ACTIVITY, PLEASE INDICATE BELOW. SIGN AND RETURN TO US AS SOON AS POSSIBLE.

PURPOSE OF THIS FIELD TRIP IS: Final Exam for Suffolk Co. Food Managers License.

DEPARTURE TIME: 8am
RETURN TIME: 1pm

YOUR CHILD WILL BE RESPONSIBLE FOR BRINGING THE FOLLOWING:
Please bring pencils, a photo I.D. and a bagged lunch.

TEACHER(S) Mrs. Pluta + Ms. Fayyaz

Please fill in permission slip below. Tear on dotted line below and return to school.

STUDENT NAME _____ HAS MY PERMISSION
TO GO ON THE FIELD TRIP TO _____ ON (DATE) _____

IN THE EVENT OF AN EMERGENCY, PLEASE CONTACT THE FOLLOWING:
PRIMARY CONTACT
NAME: _____ RELATIONSHIP: _____
Address: _____ Telephone: _____

ALTERNATE CONTACT
NAME: _____ RELATIONSHIP: _____
Address: _____ Telephone: _____

SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN _____



Accredited by the Middle States Association/Council on Elementary and Secondary Education

Bridgehampton Union Free School District

P.O. Box 3021, 2685 Montauk Highway, Bridgehampton, NY 11932

Telephone: (631) 537-0271

www.bridgehampton.k12.ny.us

Facsimile: (631) 537-9038

PERMISO PARA VIAJE

EL DIA Lunes 12/10/18 ESTAMOS PLANEANDO UN VIAJE DE ESTUDIO

A Dept. de Salud de Suffolk SE PROVEERA TRANSPORTACION Y HABRA LA SUPERVISION ADEQUADA. SI USTED DECEA QUE SU HIJO (A) PARTICIPE EN ESTA ACTIVIDAD, POR FAVOR INDIQUELO EN LA PARTE POSTERIOR. FIRME Y DEVUELVALO A NOSOTROS LO MAS PRONTO POSIBLE.

PROPOSITO DE ESTE VIAJE DE ESTUDIO: Para tomar el examen final de certificación de manejo de alimentos.

HORARIO DE SALIDA: 8am

HORARIO DE REGRESO: 1pm

SU HIJO (A) ES RESPONSABLE DE TRAER LO SIGUIENTE:

Lapices, identificación con foto y almuerzo.

PROFESOR(ES) Sra. Pluta y Sra. Fayyaz

Desprenda la parte posterior y devuelva a la escuela

(NOMBRE DE EL (LA) ESTUDIANTE) _____ TIENE MI _____

PERMISO PARA ASISTIR A ESTE VIAJE DE ESTUDIO A _____ EL DÍA _____.

EN CASO DE EMERGENCIA FAVOR DE CONTACTAR LAS SIGUIENTES PERSONAS:

PRIMER CONTACTO

NOMBRE: _____ RELACION: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

CONTACTO ALTERNO

NOMBRE: _____ RELACION: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

FIRMA DE EL PADRE / MADRE O TUTOR _____