



École des Deux-rives

Conseil scolaire francophone de la C.-B. (SD 93)

7674, rue Stave Lake, Mission Colombie-Britannique, V2V 4G4

Téléphone : 604-820-5710

Télécopieur : 604-820-1313

<https://deuxrives.csf.bc.ca/>



Conseil scolaire francophone de la Colombie-Britannique

École des Deux-rives

Formulaire d'inscription

Information d'inscription de l'élève / *Student enrollment information*

Nom/*Last name* :

Prénom/*First name* :

Autre/*Middle name* :

Date de naissance/*Birth date*(dd/mm/yyyy) :

Lieu de naissance/*Birth place* :

Niveau/*Grade*:

Sexe/*Gender* :

Adresse/*Address* :

Information concernant l'élève / *Student demographic information*

Nom du parent ou tuteur/*Parent or legal guardian* :

Nom du parent ou tuteur/*Parent or legal guardian* :

Parle français/*Speak french* :

oui/yes non/no

Parle français/*Speak french* :

oui/yes non/no

Adresse/*Address* :

Si différente de l'enfant/*if different from child's*

Adresse/*Address* :

Si différente de l'enfant/*if different from child's*

Code postal/*Postal code* :

Code postal/*Postal code* :

Numéros de téléphone/*Phone numbers*

Numéros de téléphone/*Phone numbers*

Maison/*Home* :

Maison/*Home* :

Cellulaire/*Mobile* :

Cellulaire/*Mobile* :

Travail/*Work* :

Travail/*Work* :

Information concernant l'élève / Student demographic information - suite

Langue principale parlée à la maison/*Primary language spoken at home* :

Élève vit avec/*Student lives with* :

Origine autochtone/*Aboriginal ancestry* : oui/yes non/no non-status/*non-status*

Nom et adresse de la dernière école(*Name and address of last school attended*) :

Personnes à contacter / Student contact information

Si nous devons vous contacter pour motiver une absence ou si votre enfant est malade, veuillez indiquer ci-dessous le nom et le numéro de téléphone de la personne la plus facile à rejoindre. /*Please indicate below the name and phone number of the person the easiest to reach in case of an absence or if your child is sick* :

Nom/*Name* :

1

En cas d'urgence, si nous n'arrivons pas à vous rejoindre, veuillez indiquer le nom et numéro de téléphone des personnes à contacter ci-dessous. /*In case of emergency, if we cannot reach you, please indicate below the names and phone numbers of persons we can contact.*

Contact d'urgence #1/*Emergency contact #1*

Contact d'urgence #3/*Emergency contact #3*

Lien avec l'enfant/*Relationship with child*

Lien avec l'enfant/*Relationship with child*

Parle français/*Speak french* : oui/yes non/no

Parle français/*Speak french* : oui/yes non/no

Maison/*Home* :

Maison/*Home* :

Cellulaire/*Mobile* :

Cellulaire/*Mobile* :

Travail/*Work* :

Travail/*Work* :

Contact d'urgence #2/*Emergency contact #2*

Contact d'urgence #4/*Emergency contact #4*

Lien avec l'enfant/*Relationship with child*

Lien avec l'enfant/*Relationship with child*

Parle français/*Speak french* : oui/yes non/no

Parle français/*Speak french* : oui/yes non/no

Maison/*Home* :

Maison/*Home* :

Cellulaire/*Mobile* :

Cellulaire/*Mobile* :

Travail/*Work* :

Travail/*Work* :

Information médicale (confidentiel) / Confidential medical information

BC Service Card :

Médecin de famille / *Family doctor* :

Nom/Name :

Ⓛ

Problème de vue/*Vision problem* :

oui/yes non/no

Nature du problème/*Nature of the problem* :

Appareil auditif/*Hearing aid* :

oui/yes non/no

Nature du problème/*Nature of the problem* :

Allergies/*Allergies* : oui/yes non/no

Épipen/*Epipen* : oui/yes non/no

Si oui, spécifiez / *if yes, specify* :

Besoin de traitement, spécifiez / *Needs treatment, specify* :

Asthme/*Asthma* : oui/yes non/no

Liste des médicaments/*List of medications*

Traitement d'urgence/*Emergency treatment* :

Diabète /*Diabetes* : oui/yes non/no

Besoin d'insuline/*Needs insulin* : oui/yes non/no

Epilepsie/*Epilepsy* : oui/yes non/no

Type d'épilepsie/*Epilepsy type* :

Besoin de médication/*Needs medication* : oui/yes non/no

Liste des médicaments/*List of medications* :

Condition cardiaque/*Heart condition* :

oui/yes non/no

Nature du problème / *Nature of the problem* :

Restrictions dans les activités physiques/*Physical activity limit* :

Autres/*Other*, Précisez/*Specify* :

Liste des documents à retourner/apporter à l'école – List of documents to return or bring to school

Formulaire d'inscription/*Student enrolment information*

Formulaire d'admissibilité au Conseil scolaire francophone de la Colombie-Britannique /*Conseil scolaire francophone de la Colombie-Britannique Eligibility Form*

Formulaire d'identification d'ascendance autochtone/*Aboriginal Heritage Identification Form*

Formulaire pour les Nouveaux arrivants au Canada / *Newcomers to Canada Form*

Formulaire de consentement à l'utilisation de votre courriel/*Consent to use your email Form*

Formulaire de consentement aux activités scolaires / *School Activities Consent Form*

N'oubliez d'apporter avec vous les documents suivants (nous ferons nous-mêmes les copies)

Statut au Canada de l'enfant (Certificat de naissance l'enfant / Passeport / Carte de citoyenneté canadienne / Carte de résidence permanence / Autre) / *Child Canadian Status (Birth certificat / Passport / Canadian Citizen Card / Permanent Residency Card / Other)*

Statut au Canada d'un des parents (Certificat de naissance / Passeport / Carte de citoyenneté canadienne / Carte de résidence permanence / Autre) *Parents Canadian Status (Birth certifica / Passport / Canadian Citizen Card / Permanent Residency Card / Other)*

Preuve de tutelle (Certificat de naissance avec noms des parents / Relevé d'impôts avec enfants déclarés / Ordonnance de la cours / Autre)

Pièce d'identité avec photo de la mère et du père / *Both parents' identity card with photo*

BC Services Card (*Carecard*)

Preuve de résidence (contrat de location ou d'achat / permis de conduire / factures d'un service publique / Autre) *Proof of residency (Renting or house contract / Driver's licence / Public service invoice / Other)*

Carnet de vaccinations / *immunisation records*

Signature du parent : _____

Date: _____

Signature de la secrétaire : _____

Date: _____

Signature de la direction : _____

Date: _____

ADHÉSION AU CONSEIL SCOLAIRE FRANCOPHONE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

AFFIRMATION

(Référence : politique P-301)

Nom de famille : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Ville : _____
Province : _____	Code postal : _____
No de téléphone : _____	Adresse courriel : _____
J'accepte de partager mon courriel avec les candidats aux élections scolaires	<input type="checkbox"/> Oui, j'accepte <input type="checkbox"/> Non, je n'accepte pas
J'accepte de partager mon adresse avec les candidats aux élections scolaires	<input type="checkbox"/> Oui, j'accepte <input type="checkbox"/> Non, je n'accepte pas

*En inscrivant votre adresse courriel dans l'espace ci-dessus, vous consentez à recevoir des consultations sur les politiques du CSF, des sondages reliés à son fonctionnement, des communiqués, de l'information, incluant des renseignements sur les candidates et candidats durant les élections scolaires. Le CSF ne partage pas l'adresse courriel et les informations personnelles avec d'autres organismes. **Après remplissage du formulaire, veuillez le déposer dans l'une de nos écoles ou par courriel : adhesion@csf.bc.ca***

Pour toute personne POSSÉDANT la citoyenneté canadienne	Pour toute personne NE POSSÉDANT PAS la citoyenneté canadienne
--	---

<p>Je, soussigné(e) _____, affirme que <i>(cocher la ou les sections appropriées ci-dessous)</i></p> <p>a) <input type="checkbox"/> j'ai la citoyenneté canadienne</p> <p>b) je réside en Colombie-Britannique depuis (date) _____ <i>(année/mois/jour)</i></p> <p>c) je réponds à une ou plusieurs des conditions suivantes (cocher) :</p> <p><input type="checkbox"/> Ma langue première apprise et encore comprise est le français</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai reçu mon instruction au niveau primaire en français au Canada ou dans un autre pays (excluant l'immersion) :</p> <p>Nom de l'école _____</p> <p>Nom de la ville _____</p> <p>Nom du pays _____</p> <p><input type="checkbox"/> L'un de mes enfants a reçu ou reçoit son instruction au niveau primaire ou secondaire en français au Canada ou dans un autre pays (excluant l'immersion) :</p> <p>Nom de l'école _____</p> <p>Nom de la ville _____</p> <p>Nom du pays _____</p>	<p>Je, soussigné(e) _____, affirme que <i>(cocher la ou les sections appropriées ci-dessous)</i></p> <p>a) <input type="checkbox"/> j'ai la résidence permanente</p> <p>b) <input type="checkbox"/> je possède un permis de travail</p> <p>c) <input type="checkbox"/> je possède un permis d'étude supérieure</p> <p>d) <input type="checkbox"/> je suis réfugié(e)</p> <p>e) <input type="checkbox"/> je réside en Colombie-Britannique depuis (date) _____ <i>(année/mois/jour)</i></p> <p>f) je réponds à une ou plusieurs des conditions suivantes (cocher) :</p> <p><input type="checkbox"/> Ma langue première apprise et encore comprise est le français</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai reçu mon instruction au niveau primaire en français au Canada ou dans un autre pays (excluant l'immersion) :</p> <p>Nom de l'école _____</p> <p>Nom de la ville _____</p> <p>Nom du pays _____</p> <p><input type="checkbox"/> L'un de mes enfants a reçu ou reçoit son instruction au niveau primaire ou secondaire en français au Canada ou dans un autre pays (excluant l'immersion) :</p> <p>Nom de l'école _____</p> <p>Nom de la ville _____</p> <p>Nom du pays _____</p>
--	---

Signé à (ville) : _____	Province : _____	Date : _____
Signature : _____		Signature d'un témoin : _____

****Ne remplir la section ci-dessous que si vous avez des enfants****

Prénom de l'enfant	Nom de famille de l'enfant	Date de naissance de l'enfant	Nom de l'école d'inscription

****Réservé à l'administration****

Signature du secrétariat	Signature de la direction	Date
--------------------------	---------------------------	------



MEMBERSHIP TO CONSEIL SCOLAIRE FRANCOPHONE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

AFFIRMATION

(Reference: policy P-301)

Last name: _____	Given name: _____
Address: _____	Town: _____
Province: _____	Postal Code: _____
Telephone no.: _____	Email address: _____
I accept to share my email with School Board elections candidates	<input type="checkbox"/> Yes, I accept <input type="checkbox"/> No, I do not accept
I accept to share my postal address with School Board elections candidates	<input type="checkbox"/> Yes, I accept <input type="checkbox"/> No, I do not accept

By submitting your email address, you consent to receiving from CSF consultations regarding its policies, surveys regarding its operations, information bulletins, including information about candidates during School Board elections. The CSF does not share email addresses and personal information with other organizations. After filling this form, please drop it at one of our schools or send it by email: adhesion@csf.bc.ca

Section for Canadian Citizen	Section for NON-Canadian Citizen
<p>I, undersigned _____, affirm that (check the appropriate box/es)</p> <p>a) <input type="checkbox"/> I am a Canadian citizen</p> <p>b) I reside in British Columbia since (date) _____ <small>(year/month/day)</small></p> <p>c) The following provision or provisions apply (check):</p> <p><input type="checkbox"/> My first language learned and still understood is French</p> <p><input type="checkbox"/> I received my primary school instruction in French in Canada or another country (excluding immersion):</p> <p>Name of school _____</p> <p>Name of town _____</p> <p>Name of country _____</p> <p><input type="checkbox"/> A child of mine has received or is receiving primary or secondary instruction in French in Canada or another country (excluding immersion):</p> <p>Name of school _____</p> <p>Name of town _____</p> <p>Name of country _____</p>	<p>I, undersigned _____, affirm that (check the appropriate box/es)</p> <p>a) <input type="checkbox"/> I am a permanent resident</p> <p>b) <input type="checkbox"/> I have a work permit</p> <p>c) <input type="checkbox"/> I have a higher education student permit</p> <p>d) <input type="checkbox"/> I am a refugee</p> <p>e) <input type="checkbox"/> I reside in British Columbia since (date) _____ <small>(year/month/day)</small></p> <p>f) The following provision or provisions apply (check):</p> <p><input type="checkbox"/> My first language learned and still understood is French</p> <p><input type="checkbox"/> I received my primary school instruction in French in Canada or another country (excluding immersion):</p> <p>Name of school _____</p> <p>Name of town _____</p> <p>Name of country _____</p> <p><input type="checkbox"/> A child of mine has received or is receiving primary or secondary instruction in French in Canada or another country (excluding immersion):</p> <p>Name of school _____</p> <p>Name of town _____</p> <p>Name of country _____</p>

Signed at (town): _____	Province: _____	Date: _____
Signature: _____	Witness signature: _____	

****Only fill in the section below if you have a child/ren****

Child's given name	Child's last name	Date of birth	School of registration

****Reserved for administration****

Signature of secretary	Signature of principal or department director	Date
------------------------	---	------





Chers parents et tuteurs,

Le Conseil scolaire francophone souhaite faire bon accueil et reconnaître les héritages autochtones au sein de ses communautés. C'est avec plaisir que nous vous invitons à identifier votre propre ascendance autochtone s'il y a lieu. Vous pouvez être *inscrits* (« statut ») ou *non inscrits* (« non statut »). La parole des parents est acceptée et aucune preuve documentaire n'est requise dans le cas des autochtones non inscrits.

L'ascendance autochtone peut être transmise par un parent, un grand parent, un arrière grand parent, etc. soit en Colombie-Britannique ou ailleurs. Le pourcentage exact d'ascendance autochtone n'a pas d'importance. Il suffit que la famille veuille faire valoir son ascendance autochtone et le CSF l'inscrira au nombre des gens ayant des ancêtres autochtones. Le ministère de l'Éducation alloue des fonds ciblés aux écoles en fonction du nombre d'élèves autochtones identifiés pour enrichir le programme d'éducation culturelle des enfants et améliorer les résultats académiques.

Le ministère accepte la parole des parents concernant l'ascendance autochtone et aucune preuve écrite n'est requise, reconnaissant que cette information est souvent de tradition orale. Une déclaration signée par le parent suffit. Ceci peut se faire par le biais du formulaire ci-dessous. Nous vous prions de le remplir et de le remettre à la secrétaire de l'école si vous désirez faire connaître votre héritage autochtone et encourager le développement de notre programme au bénéfice de tous les enfants.

Merci et bonne rentrée!

Fiche d'auto identification d'ascendance autochtone

L'information ci-dessous est très importante pour votre école et pour le CSF. Si vous avez un ancêtre autochtone (Métis, Première Nation ou Inuit, inscrit ou non) nous vous invitons à compléter et à nous retourner cette fiche. Cela peut générer plus de ressources pour les élèves. Merci.

Origine autochtone : Oui Non Inscrit: Non inscrit:

Nom de l'enfant : _____ Nom du groupe autochtone (si vous le connaissez):

Si vous avez coché « Inscrit », SVP indiquez votre numéro: _____

Signature du parent/gardien : _____



Dear parents and guardians,

The Conseil scolaire francophone wishes to welcome and acknowledge the Aboriginal heritages within its school communities. It is therefore our pleasure to invite you to identify your own Aboriginal ancestry. Both Status and Non-status persons may self-identify. Parents will be taken at their word and no documentary evidence is required in the case of non-status aboriginal persons.

Your aboriginal ancestry may be via a parent, grandparent or great-grandparent, etc. either in BC or elsewhere. It suffices that a family wishes to have their children's aboriginal ancestry noted and the CSF will register them among the students having aboriginal ancestry. Special targeted provincial education funds are allocated to the district to help improve academic achievement for aboriginal students based on the number of students identified.

The Ministry accepts the word of parents. No written or legal proof is required, recognising that such knowledge is often traditionally oral. A simple signed declaration will suffice. You may make your aboriginal heritage known to the school if you wish by filling out the following form to be returned to your child's school secretary.

Thank you and have a great back-to-school experience!

Respectfully,

Aboriginal Heritage Self-identification Form

The information below is very important for your school and for the CSF. If you have aboriginal ancestry (First Nations, Inuit or Métis), whether status or non-status, you are invited to fill out and return this form. This will result in increased resources for our students. Thank you.

Aboriginal ancestry: Yes No Status : Non status:

Child's name of: _____ Name of aboriginal nation (if known):

If you have checked "status", please, write down your status number here: _____

Signature of parent or guardian : _____



Conseil scolaire francophone de la Colombie-Britannique

Nouveaux arrivants au Canada ? Bienvenue ! Pensez-vous à la citoyenneté canadienne ? Vous avez droits à des services d'établissement gratuits.

Veuillez remplir la partie ci-dessous et la remettre au secrétariat de votre école le plus tôt possible.

 Si vous avez des questions contacter l'intervenant(e) de votre école.

École :

Année scolaire 2023-2024

Noms et Prénoms (parents) : _____

Statut au Canada : (cocher)

Résident permanent.

Demandeur d'asile

Sélectionné pour la résidence permanente

Permis d'étude/visa d'étude

PVT

Visa temporaire de travail

Visiteur

Numéro de tél : _____ Courriel : _____

Date d'entrée au Canada : _____

Date d'entrée en BC _____

Pays d'origine : _____

Pays de provenance : _____

Langue (s) parlée (s) : _____

Prénoms des enfants et Âges :

-	-
-	-
-	-



Conseil scolaire francophone de la Colombie-Britannique

Newcomers to Canada? Welcome! Do you think about Canadian citizenship? You are entitled to free settlement services.

Please complete the section below and submit it to your school office as soon as possible.

 If you have any questions, contact your school's facilitator.

School :	2023-2024 School Year
-----------------	------------------------------

Last and first names (parents) : _____

Status in Canada : (select a box)

- Permanent Resident
- Asylum Seeker
- Selected for Permanent Residency
- Study Permit or Visa
- VHP
- Temporary Work Visa
- Visitor

Phone number : _____ Email : _____

Date of entry in Canada : _____

Date of entry in BC : _____

Country of origin : _____

Country of provenance : _____

Spoken language(s) : _____

Children first name and age :

-	-
-	-
-	-



École des Deux-rives
Conseil scolaire francophone de la C.-B. (SD 93)

7674 rue Stave Lake
Mission, C.-B. V2V 4G4
<https://deuxrives.csf.bc.ca/>

Téléphone : (604)820-5710
Télécopieur : (604)820-1313



CONSENTEMENT À L'UTILISATION DE VOTRE COURRIEL

Nom de ou des enfants
(lettres moulées)

Nom du parent, tuteur, tutrice (lettres moulées)

Nom du parent, tuteur, tutrice (lettres moulées)

En inscrivant votre adresse courriel dans l'espace ci-dessous, vous consentez à recevoir des communications du CSF ou de l'école concernant nos activités et services (repas chauds, sorties éducatives, activités parascolaires, collectes de fonds, transport pour sorties éducatives et parascolaires) et toute autre communication jugée nécessaire par l'école (intempéries, fermeture d'école, information sur le transport scolaire, santé et sécurité, information concernant votre enfant) ainsi que des communication provenant des partenaires du CSF et de l'APÉ.

Dans le but d'une pratique environnementale responsable, l'école ne compte communiquer avec les parents, tuteurs et tuteurs que par courriel.

J'autorise l'école à communiquer mes adresses courriel à l'association de parents de l'école. OUI NON

Nom du parent (lettres moulées)

Adresse courriel

Nom du parent (lettres moulées)

Adresse courriel

Signature du parent, tutrice, tuteur

Date

Signature du parent, tutrice, tuteur

Date

Le Conseil Scolaire francophone de la Colombie Britannique

100 – 13511 Commerce Parkway, Richmond, (C.-B.) V6V 2J8 IT. 1-604-214-2600 / 1-888-715-2200 | F. 604-214-9881 |
info@csf.bc.ca | www.csf.bc.ca



École des Deux-rives
Conseil scolaire francophone de la C.-B. (SD 93)



7674 rue Stave Lake
Mission, C.-B. V2V 4G4
<https://deuxrives.csf.bc.ca/>

Téléphone : (604)820-5710
Télécopieur : (604)820-1313

CONSENT TO USE YOUR EMAIL

Child or children names
(capital letters)

Name of parent or gardian (capital letters)

Name of parent or gardian (capital letters)

By entering your email address in the space below, you consent to receiving communications from CSF or school about our activities and services (hot meals, field trips, extracurricular activities, fundraising, etc...) and any other communication deemed necessary by the school (weather, school closure, information on school transportation, health and safety, information about your child) as well as communications from partners of CSF and the PAC.

In order to practice environmental responsibility, the school expects to communicate with parents and guardians by email.

I authorise de school to give my email addresses to the Parent Association : YES NO

Parent's name (capital letters)

Email address

Parent's name(capital letters)

Email address

Signature of parent or gardian

Date

Signature of parent or gardian

Date



École des Deux-rives

Conseil scolaire francophone de la C.-B. (SD 93)

7674 rue Stave Lake
Mission, C.-B. V2V 4G4

<https://deuxrives.csf.bc.ca/>

Téléphone : (604)820-5710

Télécopieur : (604)820-1313



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT - ACTIVITÉS SCOLAIRES

Je consens, par la présente, à la participation de mon enfant à toutes les activités ayant lieu et incluses dans le programme de votre conseil scolaire durant les horaires réguliers se déroulant à l'école, sur les terrains de l'école ou en proximité, sous la surveillance cependant de l'un des employés de l'école.

Ce consentement sera valide pour la durée de son inscription à l'école des Deux-rives ou jusqu'à sa révocation et englobe toutes les activités incluant la participation aux jeux et aux autres sports athlétiques ou autres exercices faisant partie de votre programme scolaire courant. Si vous ne désirez pas que votre enfant participe à une activité particulière, vous devez aviser par écrit l'enseignant(e) avant la date de l'activité.

Je ne consens pas à la participation de mon enfant.

ACTIVITÉS ET/OU EXCURSIONS PÉDAGOGIQUES D'UNE JOURNÉE

Toute activité et/ou excursion pédagogique planifiée au sein de la vie communautaire ou dans un environnement naturel et directement reliée au programme d'enseignement contribue à l'enrichissement et à l'épanouissement de l'élève. Ces journées d'activités et/ou d'excursions pédagogiques ont une valeur éducative exceptionnelle et font partie du programme éducatif.

Durant chaque journée d'activité et /ou d'excursion pédagogique, un membre ou un membre du personnel accompagnera les élèves et prendra toutes les mesures nécessaires afin d'assurer leur sécurité.

Si une journée d'activité et/ou d'excursion pédagogique devait se prolonger d'une journée et comportait des difficultés de supervision, vous serez appelés à autoriser cette journée additionnelle.

Les élèves ne seront pas autorisés à participer à ces journées d'activités et/ou d'excursions pédagogiques sans le consentement du parent de la tutrice ou du tuteur.

J'accorde la permission à ma fille, mon fils ou l'élève dont je suis tutrice ou tuteur de participer à des activités et/ou excursions éducatives d'une journée pour l'année scolaire en cours.

Je n'accorde pas la permission à la participation de mon enfant de participer à de telles activités/excursions éducatives.

Nom du parent ou tuteur : _____

Date : _____

Signature : _____

Téléphone : _____



École des Deux-rives
Conseil scolaire francophone de la C.-B. (SD 93)

7674 rue Stave Lake
Mission, C.-B. V2V 4G4

<https://deuxrives.csf.bc.ca/>

Téléphone : (604)820-5710

Télécopieur : (604)820-1313



CONSENT FORM – SCHOOL ACTIVITIES

PARTICIPATION IN SCHOOL ACTIVITIES

I authorize my child to participate in all activities organized by the school, during regular school hours, taking place on the school grounds or close by, under the supervision of a staff member.

This consent is valid for the duration of her/his registration at Ecole des Deux-rives or until revoked and is for all activities including the participation in games, sports or other activities within the school program. If you do not wish for your child to participate in a particular activity, you need to advise the school in writing before the event.

I do not authorize my child's participation in all such activities.

FULL DAY EDUCATIONAL OUTTINGS OR ACTIVITIES

Any educational activity or excursion planned within the community or directly related to the course of study contributes to the student's growth and wellbeing. Such daylong educational activities and/or excursions are of great educational value and are an integral part of the curriculum.

During each daylong educational activity and/or excursion, a staff member will be accompanying the students and ensure their safety.

Students will not be allowed to take part in these daylong educational activities and/or excursions without the express consent of their parent or tutor.

I authorize my child to participate in such educational activities or excursions.

I do not authorize my child to participate in such educational activities or excursions

Name of Parent or Tutor : _____

Date : _____

Signature : _____

Phone number : _____