



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*

Maison/*Home* :

Cellulaire/*Mobile* :

Travail/*Work* :

Numéros de téléphone/*Phone numbers*

Maison/*Home* :

Cellulaire/*Mobile* :

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	☐ Oui, j'accepte ☐ Non, je n'accepte pas
J'accepte de partager mon adresse avec les candidats aux élections scolaires	☐ Oui, j'accepte ☐ 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																			
Je, soussigné(e) _____, affirme que (cocher la ou les sections appropriées ci-dessous) a) ☐ j'ai la citoyenneté canadienne b) je réside en Colombie-Britannique depuis (date) _____ (année/mois/jour) c) je réponds à une ou plusieurs des conditions suivantes (cocher) : ☐ Ma langue première apprise et encore comprise est le français ☐ J'ai reçu mon instruction au niveau primaire en français au Canada ou dans un autre pays (excluant l'immersion) : Nom de l'école _____ Nom de la ville _____ Nom du pays _____ ☐ 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) : Nom de l'école _____ Nom de la ville _____ Nom du pays _____	Je, soussigné(e) _____, affirme que (cocher la ou les sections appropriées ci-dessous) a) ☐ j'ai la résidence permanente b) ☐ je possède un permis de travail c) ☐ je possède un permis d'étude supérieure d) ☐ je suis réfugié(e) e) ☐ je réside en Colombie-Britannique depuis (date) _____ (année/mois/jour) f) je réponds à une ou plusieurs des conditions suivantes (cocher) : ☐ Ma langue première apprise et encore comprise est le français ☐ J'ai reçu mon instruction au niveau primaire en français au Canada ou dans un autre pays (excluant l'immersion) : Nom de l'école _____ Nom de la ville _____ Nom du pays _____ ☐ 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) : Nom de l'école _____ Nom de la ville _____ Nom du pays _____																			
Signé à (ville) : _____ Province : _____ Signature : _____	Date : _____ Signature d'un témoin : _____																			
Ne remplir la section ci-dessous que si vous avez des enfants <table border="1"> <thead> <tr> <th>Prénom de l'enfant</th> <th>Nom de famille de l'enfant</th> <th>Date de naissance de l'enfant</th> <th>Nom de l'école d'inscription</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> **Réservé à l'administration** <table border="1"> <tr> <td>Signature du secrétariat</td> <td>Signature de la direction</td> <td>Date</td> </tr> </table>		Prénom de l'enfant	Nom de famille de l'enfant	Date de naissance de l'enfant	Nom de l'école d'inscription													Signature du secrétariat	Signature de la direction	Date
Prénom de l'enfant	Nom de famille de l'enfant	Date de naissance de l'enfant	Nom de l'école d'inscription																	
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	☐ Yes, I accept ☐ No, I do not accept
I accept to share my postal address with School Board elections candidates	☐ Yes, I accept ☐ 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		
I, undersigned _____, affirm that (check the appropriate box(es)) a) ☐ I am a Canadian citizen b) I reside in British Columbia since (date) _____ (year/month/day) c) The following provision or provisions apply (check): ☐ My first language learned and still understood is French ☐ I received my primary school instruction in French in Canada or another country (excluding immersion): Name of school _____ Name of town _____ Name of country _____ ☐ A child of mine has received or is receiving primary or secondary instruction in French in Canada or another country (excluding immersion): Name of school _____ Name of town _____ Name of country _____	I, undersigned _____, affirm that (check the appropriate box(es)) a) ☐ I am a permanent resident b) ☐ I have a work permit c) ☐ I have a higher education student permit d) ☐ I am a refugee e) ☐ I reside in British Columbia since (date) _____ (year/month/day) f) The following provision or provisions apply (check): ☐ My first language learned and still understood is French ☐ I received my primary school instruction in French in Canada or another country (excluding immersion): Name of school _____ Name of town _____ Name of country _____ ☐ A child of mine has received or is receiving primary or secondary instruction in French in Canada or another country (excluding immersion): Name of school _____ Name of town _____ Name of country _____		
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	



Le 11 septembre 2024,

Chers parents et tuteurs,

Le Conseil scolaire francophone souhaite reconnaître les héritages autochtones au sein de ses écoles. C'est avec plaisir que nous vous invitons à identifier votre ascendance autochtone si vous êtes issu d'une Première Nation inscrit ou non inscrit, Métis, ou Inuit.

Le ministère de l'Éducation alloue des fonds ciblés aux écoles du CSF pour enrichir le programme d'éducation autochtone qui comprend un volet culturel, un volet académique et du support pour les élèves identifiés comme autochtones.

Le ministère accepte l'auto-identification, il est souhaitable toutefois de nous indiquer la Nation à laquelle votre famille s'identifie.

Si vous désirez faire reconnaître votre héritage autochtone, même si les racines sont très loin dans votre arbre généalogique, nous vous prions de la remplir la *Fiche d'auto-identification d'ascendance autochtone* et de la remettre au secrétariat de l'école.

Bonne année scolaire !

Salutations distinguées,

Bonnie Antoine

Bonnie Lépine Antoine
Directrice de la Réconciliation et de l'Éducation autochtone
Conseil Scolaire Francophone de la C.-B.
bonnie_antoine@csf.bc.ca

Dans un esprit de réconciliation, nous reconnaissons que notre organisation et nos écoles sont situées sur les territoires traditionnels des Premiers Peuples de Colombie-Britannique.

Éducation autochtone
Déclaration volontaire de l'ascendance autochtone

Fiche d'auto-identification d'ascendance autochtone

Nom de l'enfant : _____ Genre _____

Ascendance autochtone : Oui Non Date de naissance : _____ Année scolaire : _____

Première Nation inscrit Oui **Première Nation non inscrit**** Oui

Inuit Oui **La Nation « Métis »*** Oui

Première Nation inscrit

Numéro de la carte de statut (si applicable) : _____

Nom de la Nation autochtone _____

Nom de la bande autochtone d'appartenance _____

Nom de la bande de résidence _____

Première Nation non inscrit * *

Inscrire le nom de la Nation autochtone : _____

La Nation « Métis » *

Numéro de carte de citoyenneté (si applicable) : _____

*Les Métis (M majuscule) sont les personnes dont les ancêtres habitaient l'Ouest et le Nord du Canada et ont reçu une terre ou un certificat de Métis. Autrement dit, les peuples Métis de la Rivière Rouge

* *Un membre d'une Première Nation non-inscrit est habituellement une personne qui se déclare autochtone, mais qui n'est pas admissible à l'inscription au registre des Indiens en vertu de la loi sur les Indiens et qui ne fait pas partie de la Nation Métis de la Rivière Rouge, ni Inuit.

En signant ce formulaire, vous déclarez volontairement que votre enfant est d'ascendance autochtone :
Première Nation, Métis ou Inuit, et que vous êtes au courant des services offerts pour votre enfant à l'école.

Nom du parent/tuteur : _____
(en lettre moulées)

Signature du parent/tuteur: _____ date : _____

September

Dear Parents and Guardians,

The Francophone School Board wishes to recognize Indigenous heritages within its schools. We are pleased to invite you to identify your Indigenous ancestry if you are from a registered or non-registered First Nation, Métis, or Inuit.

The Ministry of Education allocates targeted funds to CSF schools to enrich the Indigenous education program, which includes cultural, academic, and support components for students identified as Indigenous.

The Ministry accepts self-identification; however, it is desirable to indicate the Nation to which your family identifies.

If you wish to have your Indigenous heritage recognized, even if the roots are very distant in your family tree, please fill out the Indigenous Ancestry Self-Identification Form and submit it to the school office.

Have a great school year!

Best regards,

Bonnie Antoine

Bonnie Lépine Antoine

Directrice de la Réconciliation et de l'Éducation autochtone

Conseil Scolaire Francophone de la C.-B.

bonnie_antoine@csf.bc.ca

Dans un esprit de réconciliation, nous reconnaissons que notre organisation et nos écoles sont situées sur les territoires traditionnels des Premiers Peuples de Colombie-Britannique.

Indigenous Ancestry
Self-Identification Form

Indigenous Ancestry Self-Identification Form

Child's Name: _____ Gender: _____

Indigenous Ancestry: Yes No Date of Birth: _____ School Year: _____

Registered First Nation: Yes **Non-Registered First Nation**:** Yes

Inuit: Yes **« Métis » Nation*:** Yes

Registered First Nation

Status Card Number (if applicable): _____

Name of Indigenous Nation: _____

Name of Indigenous Band of Affiliation: _____

Name of Band of Residence: _____

Non-Registered First Nation**

Enter the name of the Indigenous Nation: _____

« Métis » Nation*

Citizenship Card Number (if applicable): _____

*The Métis (capital M) are people whose ancestors lived in the West and North of Canada and received land or a Métis certificate. In other words, the Métis people of the Red River.

**A member of a non-registered First Nation is usually a person who declares themselves Indigenous but is not eligible for registration in the Indian Register under the Indian Act and is not part of the Red River Métis Nation or Inuit.

By signing this form, you voluntarily declare that your child is of Indigenous ancestry: First Nation, Métis, or Inuit, and that you are aware of the services offered for your child at school.

Parent/Guardian Name (*in block letters*) : _____

Parent/Guardian Signature: _____ 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



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, tutrices 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 | T. 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

Le Conseil Scolaire francophone de la Colombie Britannique

100 – 13511 Commerce Parkway, Richmond, (C.-B.) V6V 2J8 | T. 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



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 pendant 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 du 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, une 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 : _____