

If you marked the box on the TransitPeople Waiver and Consent to Participation form stating your child has a medical condition that may affect her or his ability to participate in this excursion, please complete and return this additional form to the child's teacher.



Child's Name:

First name: Last name:

- Any medical conditions which will restrict participation in physical activity? [] No [] Yes
Allergies to plants, foods, insects or medications? [] No [] Yes
Taking any regular medication? [] No [] Yes
Other conditions we should be aware of? [] No [] Yes

Please provide details of any items to which you have answered "YES" to above: _____

This information will be kept confidential and only released if deemed medically necessary.

Print Full Name of Parent, Guardian Signature Date



Si usted marcó la caja en el formulario Consentimiento de Participación - TransitPeople indicando que su niño(a) padece de una condición medica que puede afectar su habilidad para participar en la excursión, por favor complete y envíe este formulario adicional a el/la profesor(a) del/la niño(a).



Nombre del/la Niño(a):

Nombre: Apellido:

- Alguna condición medica que podría prevenir participación en actividad física? [] No [] Si
Alergias a plantas, insectos o medicina? [] No [] Si
Tomando alguna medicina regular? [] No [] Si
Alguna otra condición de la que deberíamos estar enterados? [] No [] Si

Por favor proporcione detalles de cualquiera de las preguntas que usted ha contestado "SI" arriba: _____

Esta información se mantendrá confidencial y será revelada solamente si se considera necesaria por motivos de salud.

Nombre del Padre o Guardián en Imprenta Firma Fecha