



Bureau of Family Health  
Oficina de Salud familiar

1000 SW Jackson, Suite 200,  
Topeka, KS 66612-1274

Phone: (785) 296-1270 Fax: (785) 559-4244  
Teléfono: (785) 296-1270 Fax: (785) 559-4244

Website: www.kdheks.gov/kidsnet  
Sitio Web: www.kdheks.gov/kidsnet

**PARENTAL PERMISSION FORM FOR OFF-PREMISE TRIPS**  
**GROUP OF CHILDREN TO ONE LOCATION**

**FORMULARIO PARA EL PERMISO DE LOS PADRES AUTORIZANDO EXCURSIONES FUERA DE LAS INSTALACIONES**  
**SALIDA DE UN GRUPO DE NIÑOS A UN SOLO LUGAR**

Name of the facility exactly as stated on this license or certificate Nombre de la institución exactamente como aparece en la licencia o certificado		Licence/ Certificate # Número de Licencia/ Certificado	
Street Address of the Facility Dirección de la Institución	City Ciudad	Zip Code + 4 Código Postal + 4	County Condado

Children or Youth listed below may go on an off-premise trip to:  
Los niños o jóvenes mencionados abajo pueden ir a una excursión fuera de las instalaciones a: \_\_\_\_\_

Located at:  
Ubicado(a) en: \_\_\_\_\_  
Street City County  
Calle Ciudad Condado

On:  
El día: \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY)  
(Mes/Día/Año)

Time of Departure: \_\_\_\_\_ Estimated Time of Return:  
Hora de Salida: \_\_\_\_\_ Hora Aproximada de Regreso: \_\_\_\_\_

Children or Youth will be traveling by: Car Walking  
Los niños o jóvenes se transportarán: \_\_\_\_\_ En un Vehículo \_\_\_\_\_ Caminando

Children or Youth will be supervised at all times by the following staff:  
Los niños o jóvenes serán supervisados en todo momento por el siguiente personal:

Staff Name Staff Name  
Nombre del Empleado \_\_\_\_\_ Nombre del Empleado \_\_\_\_\_  
First Last First Last  
Primer Nombre Apellido Primer Nombre Apellido

Staff Name Staff Name  
Nombre del Empleado \_\_\_\_\_ Nombre del Empleado \_\_\_\_\_  
First Last First Last  
Primer Nombre Apellido Primer Nombre Apellido



