



## SJHS Eclipse Viewing Permission Slip

Students, whose parents sign this permission slip and provide appropriate viewing glasses, will be allowed to go outside to view the Total Solar Eclipse occurring on April 8, 2024. Students will go outside to view the eclipse as it approaches totality (approximately 1:30-1:50) and participate in some activities to learn about eclipses and how they occur. Viewing glasses **WILL NOT** be provided by the school.

This form is **DUE Thursday, April 4 to your student's science teacher by 4:00PM.**

**PARENT PERMISSION AND RELEASE:** I authorize my child to participate in the event described above. I hereby release CISD, its Board of Trustees, employees, agents, and volunteers from any claims or causes of action, including negligence, resulting from any damages or injuries to my child or his or her parents/legal guardians or family members, arising out of or resulting from my child's participation in this event.

### Parent/Guardian fill out this portion:

Student Name: \_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_

Please put an "X" in your response.

**Yes, I agree to send appropriate viewing glasses for my student to participate in viewing the eclipse. I understand that **Stockton Junior High will not provide glasses for the event** and that if my student forgets his/her glasses on Monday, April 8 they will not be permitted to go outside for their own safety.**

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name (Print)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

### Students fill out this portion:

I, \_\_\_\_\_ (print name), will abide by expectations and wear the eclipse viewing glasses given to me the entire time I am watching the eclipse. I understand not following this policy will result in dismissal from the viewing and other possible school consequences.

Student Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_





# Hoja de permiso para ver eclipses de SJHS

Los estudiantes cuyos padres firmen esta hoja de permiso y proporcionen anteojos de visualización adecuados podrán salir para ver el Total Solar Eclipse que ocurrirá el 8 de abril de 2024. Los estudiantes saldrán para ver el eclipse a medida que se acerca a su totalidad (aproximadamente 1:30 -1:50) y participar en algunas actividades para aprender sobre los eclipses y cómo ocurren. La escuela **NO** proporcionará anteojos para ver.

Este formulario **debe entregarse el jueves 4 de abril al maestro de ciencias de su hijo antes de las 4:00 p.m.**

**PERMISO Y LIBERACIÓN DE LOS PADRES:** Autorizo a mi hijo a participar en el evento descrito anteriormente. Por la presente libero a CISD, su Junta Directiva, empleados, agentes y voluntarios de cualquier reclamo o causa de acción, incluida la negligencia, que resulte de cualquier daño o lesión a mi hijo o sus padres/tutores legales o miembros de la familia, que surjan de de o como resultado de la participación de mi hijo en este evento.

## El padre/tutor completa esta parte:

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Por favor marque una "X" en su respuesta.

- Sí, acepto enviar anteojos de visualización apropiados para que mi estudiante participe en la visualización del eclipse. Entiendo que **Stockton Junior High no proporcionará anteojos para el evento** y que si mi estudiante olvida sus anteojos el lunes 8 de abril, **no se le permitirá salir afuera por su propia seguridad.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

## Los estudiantes completan esta porción:

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre en letra de imprenta), cumpliré con las expectativas y usaré las gafas para ver el eclipse que me dieron durante todo el tiempo que esté viendo el eclipse. Entiendo que no seguir esta política resultará en el despido de la visualización y otras posibles consecuencias escolares.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

