

Información para emergencias

Debe ser llenado por los padres o guardianes

Año escolar: _____

Fecha: _____

Escuela: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____ Profesor (a) / Profesor (a) principal: _____ autobús _____

Dirección del estudiante: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Sexo: Masculino Femenino Raza: _____

.....
Madre / Guardián: _____ Tel (casa): _____

Dirección de la madre / Guardián: _____ (celular): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Trabajo de la madre o guardián: _____ Tel (trabajo): _____

.....
Padre / Guardián: _____ Tel (casa): _____

Dirección de la padre/ Guardián: _____ (celular): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Trabajo del padre o guardián: _____ Tel (trabajo): _____

.....
El niño vive con la madre el padre los dos otro(s) ¿quién? _____

¿Si divorciados, quien tiene la custodia? la madre el padre los dos otro(s)
¿quién? _____

Las cuestiones sobre custodia entre los padres deben ser verificadas con documentación legal en la oficina de la escuela.

.....
Por favor, liste los nombres, grados, y edades de los otros hermanos y/o hermanas:

Nombre: _____ Grado: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Grado: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Grado: _____ Edad: _____

Lista para Contacto: Si su hijo(a) queda enfermo, herido, o necesita algo en la escuela, por favor, liste los nombres que le gustaría que llamásemos. Lístelos en la orden que le gustaría que llamásemos a ellos. Si el teléfono es celular, marque (c) “cell”, si es de casa, marque (h) “home”, y si es de trabajo, marque (w) “work”.

1. Nombre: _____ Teléfono: _____ ()

2. Nombre: _____ Teléfono: _____ ()

3. Nombre: _____ Teléfono: _____ ()

4. Nombre: _____ Teléfono: _____ ()

Por favor, liste cualquier persona que no tiene permiso legal para su hijo(a)

.....

Información de salud del estudiante

Por favor, llena la siguiente información sobre su hijo(a) para ayudar nos a providenciar cuidaos médicos cuando necesario.

Liste cualquier problema que su hijo(a) tenga: _____

Alergias: _____

Limitaciones para hacer ciertas actividades: _____

(Si necesario, use otra hoja de papel para añadir otras informaciones)

Medico del niño(a): _____ Teléfono: _____

En caso de cualquier enfermedad o herimiento, yo autorizo a la escuela a obtener transportación de emergencia para mi niño(a). Entiendo que la escuela no asumirá cualquier responsabilidad por tratamiento médico, hospitalaria, o para transportación de emergencia. Entiendo que esta información es confidencial y que será compartida con otros solamente en la necesidad de obtener conocimiento básico para asegurar el bien estar de mi niño(a) en la escuela.

Firma del padre _____ Fecha: _____

de la madre _____ Fecha: _____

del guardián _____ Fecha: _____

E-mail: _____