

Forma de Emergencia

Homeroom/Advisory _____

ESTUDIANTE _____ Grado Escolar _____ FDN _____
apellido nombre

Domicilio _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Calle o vecindad _____ Tel. Casa _____

Madre / Guardián _____ Tel., Trabajo _____

Padre / Guardián _____ Tel. Trabajo _____

Contacto de Emergencia _____ Tel. _____

Contacto de Emergencia _____ Tel. _____ Contacto de

Emergencia _____ Tel. _____

Medico _____ Ciudad _____ Tel. _____

Hospital preferido _____

Problemas Médicos (alergias, enfermedades crónicas, discapacidades, etc) _____

Hermanos o hermanas en la escuela

4. Nombre _____ Edad _____ Escuela _____

5. Nombre _____ Edad _____ Escuela _____

6. Nombre _____ Edad _____ Escuela _____

Yo doy permiso para que los administradores de la escuela autoricen tratamiento medico de emergencia si no se pueden comunicar con los padres / guardianes.

Firma del padre / guardián _____ Fecha _____