Distrito Escolar Unificado De Arcohe

Informacion De Emergencia

Nombre del estudiante:

_____/_____/_____/_____

Apellido Nombre Grado Fecha de nacimiento

_____/_____/_____/_____

Apellido Nombre Grado Fecha de nacimiento

_____/_____/_____/_____

Apellido Nombre Grado Fecha de nacimiento

_____/_____/_____/_____

Apellido Nombre Grado Fecha de nacimiento

Numero de Seguro Social: _____ **Email**: _____

Dirección: _____ Dirección postal: _____

El estudiante vive con: _____ Relación con el alumno: _____ Cell #: _____

Empleado por: _____Occupation: _____ Work #: _____

El estudiante vive con: _____ Relación con el alumno: _____ Cell #: _____

Empleado por: _____ Occupation: _____ Work #:_____

Persona Por Convocar En Caso De Emergencia Y Se Deja Que Recojo De La Escuela:

_____/_____/_____/_____

Nombre Dirección Nombre Dirección

_____/_____/_____/_____

Nombre Dirección Nombre Dirección

Medico de Familia: _____ Telefono#: _____ Que este medico puede llamar en caso de emergencia?
Si____ No____

Padecimientos medicos o alergias que tenga el alumno: _____

En el caso un accidente u otra emergencia, cuando el padre tutor no esta disponible, yo autorizo al representante de la escuela que haga los arreglos que considere necesarios para que mi hijo reciba la atencion medica o de un hospital, incluido el transporte necesario. Autorizo que se practique la atencion y tratamiento por cualquier medico o cirujano con certifacacion. Estoy de acuerdo en asumir todos los costos incurridos como resultado de lo anterior.

Firma: _____ Fecha: _____

Si en el future cambiara cualquiera de los datos arriba mencionados, es responsabilidad de los padres informarie a la escuela y dar los datos actuales.

Doy permiso a mi hijo a caminar/ andor en bicicleta a escuela durante el ano escolar. SI____ NO_____