

FREEPORT PUBLIC SCHOOLS
Contacto en Caso de Emergencia

Auto Bus No. _____

Fecha _____

Grado _____

Escuela _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Estudiante _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Dirección _____ Teléfono _____

A LOS PADRES O GUARDIANES: Para poder servirle a su hijo/a en caso de un accidente o enfermedad de momento; es necesario que Ud. provea la siguiente información para ser utilizada en casos de emergencia.

Nombre

Teléfono de empleo

Teléfono celular

Madre _____

Padre _____

MENCIONE DOS VECINOS O PARIENTES LOS CUALES PUEDAN ASISTIR A SU HIJO/A EN CASO QUE NO SE LE PUEDA CONTACTAR A USTEDES:

Nombre _____ Nombre _____

Dirección _____ Tel. _____ Dirección _____ Tel. _____

HISTORIAL DE SALUD: Anote cualquier condición de salud; tales como: enfermedad del corazón, diabetes, epilepsia, alergias severas, problemas de la vista u oídos, o cualquier condición crónica, etc.

Explicación: _____

Fecha de vacuna contra el tetano _____ Alergias _____ Medicinas que toma actualmente _____

Doctor de Familia _____ Dirección _____ Teléfono _____

Yo, el que firma, por este medio autorizo a los oficiales del distrito escolar de Freeport, a contactar directamente a las personas mencionadas en esta tarjeta. En caso de que yo no pueda ser contactado/a si mi hijo/a se encuentra herido o enfermo. Usted tiene mi consentimiento para llevarle al doctor/hospital por medio de cualquier medio de transportacion incluyendo un auto privado, para que reciba el tratamiento adecuado y autorizo al doctor/hospital a proveer el mismo.

Firma del Padre/Madre o Guardian