

Spring Branch ISD
101920

STUDENT ACTIVITIES
TRAVEL

FMG
(EXHIBIT)

EXHIBIT H

SPRING BRANCH INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA DEL CHAPERON-PATRONCINADOR

Por favor escriba en letra de imprenta unicamente.

Nombre del Patrocinador _____ Organización/Club _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Fecha de nacimiento: _____

Por favor liste a las personas que pueden decidir por usted en caso de emergencia.

Nombre _____ Ciudad _____ Estado _____

Relación _____ ()
Número de teléfono _____

Nombre _____ Ciudad _____ Estado _____

Relación _____ ()
Número de teléfono _____

Nombre _____ Ciudad _____ Estado _____

Relación _____ ()
Número de teléfono _____

Hospitalization Coverage for the Above-Named Chaperone-Sponsor

Name of insurance company or government center _____ Identification or group number _____

Family physician's name _____ Family physician's phone number _____

Aclaración de Falta de Seguro Médico
(Complete esta forma si usted no tiene seguro médico)

Cuando no se ha establecido prueba de seguro, se entiende que los chaperon-patroncinador deben asumir responsabilidad legal por los gastos incurridos por accidentes que puedan ocurrir durante viajes. He leído y entiendo lo anterior.

Firma del chaperon-patroncinador _____ Fecha _____