

NOMBRE DEL NIÑO/A _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
DIRECCION _____ CUIDADO INFANTIL SI NO
NOMBRE DEL CUIDADO INFANTIL _____ TELEFONO _____
ORDEN DE RESTRICCION: SI NO

PADRES/GUARDIAN INFORMACION DE CONTACTO

PADRE/GUARDIAN _____ TELEFONO DE HOGAR _____ CELULAR _____
LUGAR DE TRABAJO _____ TELEFONO DE TRABAJO _____

MADRE/GUARDIAN _____ TELEFONO DE HOGAR _____ CELULAR _____
LUGAR DE TRABAJO _____ TELEFONO DE TRABAJO _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE _____ RELACION _____ TELEFONO _____
NOMBRE _____ RELACION _____ TELEFONO _____

AUTORIZACION DE SEGURO Y TRATAMIENTO MEDICO

Como padres/guardián del estudiante mencionado arriba, nuestra firma en esta forma autoriza cualquier tratamiento médico en caso de emergencia por parte de un doctor y/o hospital, en caso de un accidente, enfermedad o lesión.

¿La persona encargada de la supervisión, tiene su permiso para buscar atención médica del doctor más cercano y/o hospital?
 SI NO

ALERGIAS SI NO TIPO DE ALERGIA/REACCIÓN _____
LAS INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS PARA EL TRATAMIENTO NECESARIO _____
PROBLEMAS ESPECIALES DE SALUD/HANDICAP _____

Doctor de Casa: _____ Dentista de Casa: _____
Hospital Preferido: Tríos Kadlec Lourdes

YO DOY PERMISO PARA QUE MI NIÑO/A

- 1. Sea transportado/a en vehículo del Distrito y vehículo del personal para las actividades de ECEAP SI NO
- 2. Reciba tratamiento de primeros auxilios por el personal de ECEAP, en caso de lesiones pequeñas SI NO
- 3. Recibir tratamiento médico de emergencia, incluyendo cirugía por parte de doctores, dentistas, enfermeras, transportación, etc. SI NO
- 4. Que las copias o resúmenes de salud y registro de vacunas sean enviadas al distrito escolar donde su niño/a asistirá el próximo año, de acuerdo con las políticas de Distrito SI NO

YO DOY PERMISO AL PERSONAL DE ECEAP

- 5. Tomarle fotografías a mi niño/a para ser usadas solamente en las actividades del salón de clases (ejem: en el lugar donde se cuelga la chamara) SI NO
- 6. Tomarle fotografías/videos o usar el trabajo de mi niño/a, comentarios e información para la publicidad de ECEAP y para compartir información (ejem: Reuniones de padres, Talleres) sin restricciones a menos que están escritas abajo. Yo renuncio a cualquier reclamo de pago por el uso de dicha fotografía/video Si la respuesta es No, Favor de llenar la forma de rehúsa a la publicidad SI NO

FIRMA _____

FECHA _____