

**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE CLEAR CREEK
INFORMACION DE EMERGENCIA PARA LAS ACTIVIDADES ESCOLARES**

Nombre de Escuela _____

Nombre del Estudiante _____ Grado _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre de Pila)

Dirección del Estudiante: _____
(Calle) (Ciudad) (Código Postal)

Dirección de Envió: _____
(Calle) (Ciudad) (Código Postal)

Nombre de Padre/Tutor 1: _____ Número de teléfono de casa: _____

Número de teléfono laboral: _____ Otro número telefónico: _____

Nombre de Padre/Tutor 2: _____ Número de teléfono de casa: _____

Número de teléfono laboral: _____ Otro número telefónico: _____

En caso de enfermedades menores o una lesión, si el padre no puede ser localizado, notifique a **(Debe ser mayor de 21 años)**

Nombre: _____ Relación: _____

Número del teléfono de casa: _____ Otro número telefónico: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Número del teléfono de casa: _____ Otro número telefónico: _____

Condiciones médicas o alergias preexistentes: _____

Para viajes nocturnos, de acuerdo con el REGLAMENTO FMG, el padre o guardián debe dar una lista de prescripciones en un documento separado, proveer las dosis necesarias para la duración del viaje en un sobre sellado, escribir el tiempo y la frecuencia para administrar la medicación por fuera del sobre y adjuntar junto con esta forma.

En caso de una emergencia, favor del llevar a mi hijo(a) a la facilidad medica más cercana para atención de emergencia.

Firma del padre/Tutor _____ Fecha _____

Una fotocopia del seguro médico es preferida. Comentarios adicionales del padre por detrás por favor.

****El Certificado de Medico y Padre de UIL Niños y Niñas podría ser usado para Atletismo y Equipo de Baile/Drill.**