

Bellevue Union Student Emergency Form

Teacher _____ Rm. _____

Student Name: _____ Home Phone: _____

Address: _____ Birthdate: _____ / _____ / _____ Sex: M F
 Non Binary

Parents: _____ Step Foster Guardian

Parent 1 Work _____ Cell Phone _____ Work Phone _____

Parent 2 Work _____ Cell Phone _____ Work Phone _____

Student Lives with: _____ Parent 1 _____ Parent 2 _____ Legal Guardian _____ Other _____

Primary Language Eng Span Other _____

Parent 1 email _____ Parent 2 Email _____

Emergency Contact:

1. Name _____ Relationship _____ Phone: _____
 cell

2. Name _____ Relationship _____ Phone: _____
 cell

Permission to transport Student

We, the undersigned (parent/guardian) of _____, do hereby grant permission for the
student's name

Bellevue Union School District in Sonoma, CA to transport the above named student to and from school sponsored events including but not limited to study trips, athletic and social events.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Bellevue Union School District Forma de Emergencia del Estudiante

Maestro _____ Salon _____

Nombre del Estudiante: _____ No. de telefono de casa: _____

Domicilio _____ Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: M F
 no bionario

Padres: _____ Padres _____ Foster _____ Tutor legal

Trabajo de madre/padre 1 _____ Celular _____ No. de telefono del trabajo: _____

Trabajo de madre/padre 2 _____ Celular _____ No. de telefono del trabajo: _____

El estudiant vive con Madre/Padre 1 _____ Madre/Padre 2 _____ Tutor Legal _____ Otro _____

Lengua Primaria Ingles Espanol Otro _____

e-mail de madre/padre 1 _____ e-mail de madre/padre 2 _____

Personas que se deben llamar en caso de una emergencia

1. Nombre _____ Parentesco _____ No. de telefono: _____
 movil

2. Nombre _____ Parentesco _____ No. de telefono: _____
 movil

Permiso de Transportar al Estudiante

Nosotros, los abajofirmantes (padres/tutores) de _____, por la presente damos permiso para
nombre de estudiante

que Bellevue Union School District in Sonoma, CA de transporte al estudiante nombrado anteriormente a y de eventos patrocinados por la escuela incluyendo pero no limitado a excursiones de estudio, eventos atleticos y sociales.

Firma de padre/tutor _____

Fecha: _____

Bellevue Union Student Emergency Form

Teacher _____ Rm. _____

Family Health Care

Physicians Name: _____ Phone: _____

Medi-Cal: Yes no

Address: _____

I give my permission to consult my family physician in case of accident or sudden illness at the discretion of school authorities.
I give my permission for the school to transport my child in case of emergency.

Parent Signature: _____ Date: _____

Please check all of the following conditions that your child has had and if they are under medical care or taking medication.
If yes, does the medication need to be dispensed at school.

- | | | | |
|--|---------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bee Sting | Epi-Pen | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Asthma | Inhaler | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | Insulin | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Vision/Hearing | Glasses | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Allergies _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | | | |

If you are not the legal guardian of the student attending _____ School in the Bellevue Union School District our district needs a statement from the legal guardian for educational and medical services. I, _____

am the legal guardian of _____, and all paperwork regarding guardianship has been provided to the school office. I give permission to _____ to make educational and medical decisions from

_____ to _____
Date Date

Bellevue Union School District Forma de Emergencia del Estudiante

Maestro _____ Salon _____

Nombre del medico _____

Numero de telefono: _____

Medi-Cal: si no

Direccion: _____

Yo doy permiso de consultar a mi medico familiar en caso de un accidente o enfermedad repentina a la discrecion de las autoridades de la escuela. Yo doy mi permiso a la escuela de transportar a mi nino/nina en caso de una emergencia

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Favor de marcar todas las condiciones siguientes que su nino/a ha tenido y si ellos estan en cuidado medico o tomando medicamentos.

- Si la respuesta es si, se necesita administrar el medicamento en la escuela?
- | | | | |
|--|-----------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Picadura de abeja | Epi-Pen | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Asma | Inhalador | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | Insulina | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Vision/el Oir | anteojos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Alergias _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

Si usted no es el tutor legal del estudiante asistiendo a la Escuela _____ en el Distrito Escolar de Bellevue

Union, nuestro distrito necesita una declaracion del tuto legal para servicios educativos y medicos. Yo, _____

soy el tutor legal de _____, y todos los documentos sobre la custodia se ha proporcionados a la

oficina de la escuela. Yo doy permiso a _____ de hacer las decisiones educativas y medicas de

_____ a _____ nombre del individuo
fecha fecha