

SISTEMA DE ESCUELAS PÚBLICAS DE LA PARROQUIA DE JEFFERSON
TARJETA DE EMERGENCIA

S.S. 27
 Rev. 8/13

Período Escolar: _____

TRANSPORTACION ABAJO INDICADA:

Grado: _____ Salón de Clases: _____

CUIDADO DE NIÑOS

AM

PM

NÚMERO DE BUS _____

CAMINANTE

VEHICULO
 COMPARTIDO

----- (PADRES, COMPLETAR LA INFORMACION ABAJO INDICADA) -----

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Género _____
 Prime Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección del Estudiante _____
 Número de Casa Calle Número de Apt. Ciudad Estado Código Postal

Origen Étnico del Estudiante: _____ Es su hijo/a Hispano/Latino _____

Pertenece su hijo/a a una o más razas? Marque todo lo que aplique

- Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano
 Nativo de Hawii o de otra Isla Del Pacífico Blanco

1. Nombre del Padre/Guardián _____ Relación _____ Vive el estudiante con/Guardián 1? _____

Correo Electrónico _____ Lugar de Empleo _____

Números de Teléfonos: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

2. Nombre del Padre/Guardián _____ Relación _____ Vive el estudiante con/Guardián 2? _____

Correo Electrónico _____ Lugar de Empleo _____

Números de Teléfonos: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

LOS FUNCIONARIOS DE LA ESCUELA PODRAN LLAMAR A LAS SIGUIENTES PERSONAS EN CASO DE QUE NO PUEDAN CONTACTARME SI MI HIJO/A SE ENFERME O LECIONE

Nombre: _____ Relación _____ Número de Teléfono _____

Nombre: _____ Relación _____ Número de Teléfono _____

Nombre: _____ Relación _____ Número de Teléfono _____

Nombre: _____ Relación _____ Número de Teléfono _____

Pediatra del Niño/a _____ Número de Teléfono _____

Su niño/a requiere de Medicamentos? Si No Si es si, por favor indique _____

Necesaría su hijo/a tomar medicamentos diariamente durante las horas regulares de clase? Si No

Tiene su hijo/a algún defecto físico o discapacidad (marque todo lo que aplique)

- Asma Diabetes Epilepsia Condición Cardíaca

Padece su hijo/a de Alergias (Comida, Medicamentos, Otros)? Si es si, por favor indique _____

No

Por favor, marque el tipo de seguro de médico que su hijo tiene: Privado Medicaid o LaCHIP Ninguno

Por favor, escriba cualquier otra información médica que usted piense que la escuela necesite saber para darle un mejor servicio a su hijo/a:

Lista de hermanos/as que asisten a esta escuela:

 NOMBRE GRADO NOMBRE GRADO

 NOMBRE GRADO NOMBRE GRADO

En caso de lesión o enfermedad grave, yo solicito a la escuela contactarme. Si la escuela no puede contactarme, yo autorizo a la escuela a que contacten al médico arriba indicado y que sigan las instrucciones del doctor/a. Si no es posible contactar al médico, la escuela puede hacer cualquier arreglo necesario. Por favor tome nota que su hijo/a no será entregado a ninguna persona que no haya sido arriba indicada a menos que se hayan hecho otros arreglos. Información Médica/de Salud arriba indicada será compartida con el personal apropiado de la escuela para satisfacer mejor las necesidades de su hijo/a.

Firma del Padre/Guardián _____

