

Westminster Public Schools Summer Program Health Information and Emergency Contact Information

Student's Name _____ Grade _____ Date of Birth _____

Address: _____

Parent/Guardian: _____ Home Phone _____ Work/Cell _____

Emergency Contact: _____ Home Phone _____ Work/Cell _____

Does your child have **ANY** chronic health conditions (diabetes, seizures, or asthma, etc.)?

Please List _____

Does your child have **ANY** type of allergies (i.e. food, insects or medication)?

Please List _____

Routine medication will not be given at summer school. Only emergency medications such as epi-pens or inhalers (if prescribed for the student) will be given. WPS Medication Policy will be in force – Medication Permission Forms must be signed by the prescribing doctor and parent. Forms are available in the office.

Does your child have an epi-pen or inhaler? Yes _____ No _____

- Parents will be notified and are expected to pick up their child immediately if they are injured or ill.

Health Release: *In the event of an emergency I agree to pay for any medical expenses for my son/daughter named above* _____ (Parent Initial)

Fill out English or Spanish Section and turn in the entire form. Please do not cut.

Complete la sección en inglés o español y entregue el formulario completo. Por favor no corte

Westminster Public Schools Información de Salud Para Escuela de Verano y Contactos de Emergencias

Nombre de Estudiante _____ Grado _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección: _____

Padre/Tutor Legal: _____ Teléfono de Casa _____ # de trabajo o móvil _____

Contacto de Emergencias: _____ Teléfono en Casa _____ # de trabajo o móvil _____

¿Su hijo/a tiene **ALGUNA** condición crónica de salud: (diabetes, convulsiones, o asma, etc.)?

Favor de nombrar _____

¿Su hijo/a tiene **ALGUN** tipo de alergias (comidas, insectos, o medicamentos)?

Favor de nombrar _____

No se darán medicamentos rutinarios durante la escuela de verano. SOLO se darán los medicamentos de emergencias como epi-pen o inhaladores (si recetado al estudiante). Se implementará la Regla de Medicamento del WPS, Formas de Permiso Para Tomar Medicamento deben estar firmadas por el médico que la recetó y por el padre/tutor legal. Los formularios se pueden solicitar en la oficina de la escuela.

¿Su hijo/a tiene un epi-pen o inhalador? Sí _____ No _____

- Se notificará a los padres serán notificados y se espera que vengan a recoger a su hijo/a si está lastimado o enfermos.

Acuerdo de Salud: En caso de emergencia, estoy de acuerdo en pagar por gastos médicos de mi hijo/a, mencionado arriba. _____ (Iniciales de Padre)