

# Tri-Tech Skills Center

## **INFORMACIÓN DE EMERGENCIA**

Para completar tu inscripción, la siguiente información necesita ser entregada:

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ escuela preparatoria \_\_\_\_\_ 2024-2025 \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono celular del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_ Lugar de empleo \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_

Nombre de la madre/tutor \_\_\_\_\_ Lugar de empleo \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_

En caso de enfermedad o accidente en la escuela, los padres/tutores serán contactados primero, sin embargo si los padres no se pueden contactar, es necesario el número de teléfono y nombre de una persona como contacto de emergencia.

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## **INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA**

Como padre/tutor legal de \_\_\_\_\_, yo autorizo cualquier tratamiento de emergencia por parte de un médico certificado y/o hospital en caso de heridas o enfermedad. (Si rechaza firmar este formulario, por favor indique cualquier instrucción específica en la parte de abajo.)

Por favor indique CUALQUIER ALERGIA (abejas, penicilina, etc.) o cualquier PROBLEMA DE SALUD (asma, epilepsia, diabetes, condición del corazón, etc.) en la parte de abajo. Si tiene cualquier condición mencionada, por favor explique que le sucede.

Nombre en letra de molde del padre/tutor \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor legal \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_