Bellevue Union Student Emergency Form Teacher_____Rm.____

Student Name:_____ Home Phone:_____
Last First Middle Initial

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 hearby 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:_____
Apellido Nombre Inicial

Domicilio _____ Fecha de nacimiento_____ _____Sexo: ☐ M ☐ F ☐no bionario

Padres: _____ Padrastros ☐ 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 estudiate 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 patrocinaods 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 permisison 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 mefical care or taking medication.

If yes, doe sthe medication need to be dispensed at school.			☐ Yes	☐ No
☐	Bee Sting	Epi-Pen	☐ Yes	☐ No
☐	Asthma	Inhaler	☐ Yes	☐ No
☐	Diabetes	Insulin	☐ Yes	☐ No
☐	Vision/Hearing	Glasses	☐ Yes	☐ No
☐	Allergies_____			
☐	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 cuido medico o tomando medicamentos.

Si la respuesta es si, se necesita administrar el medicamento en la escuela?			☐ Si	☐ No
☐	Picadura de abeja	Epi-Pen	☐ Si	☐ No
☐	Asma	Inhalador	☐ Si	☐ No
☐	Diabetes	Insulina	☐ Si	☐ No
☐	Vision/el Oir	anteojos	☐ Si	☐ No
☐	Alergias_____			
☐	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

nombre del individuo

_____ a_____

fecha fecha