



A.B.G.S. Middle School
Student Emergency Contact Form
(Return to homeroom teacher)

Child's Information

Student name

D.O.B

Grade

Parent/Guardian Contact Information

Parent/Guardian Name

Street Address

City

State/Zip Code

Home Telephone

Work

Emergency Contact

☐

Emergency Contact # 1

Telephone #

Relationship

☐

Emergency Contact # 2

Telephone #

Relationship

Please check box above if you authorize the person to pick up your child

*****Please list all special/medical alerts or allergies****

1. _____ 4. _____

2. _____ 5. _____

3. _____ 6. _____

Medical Authorization

I hereby authorize medical treatment for my child _____ in case of an emergency. I understand that the administrator in charge will contact myself or one of the listed emergency telephone numbers for verbal consent.

Parent's Signature

Date



Escuela Intermedia A.B.G.S
Formulario de Contactos de Emergencia

Información del Estudiante

Nombre del Estudiante

Fecha de Nacimiento

Grado

Información del Contacto del Padre/Tutor

Nombre del Padre/Tutor

Dirección

Ciudad

Estado/Código Postal

Número de teléfono de casa

Número de teléfono del trabajo

Información de Contactos de Emergencia

☐ _____
Contacto de Emergencia # 1 Número de teléfono Relación

☐ _____
Contacto de Emergencia # 2 Número de teléfono Relación

Por favor marque la casilla arriba indicada si autoriza a la persona que recoja a su hijo/a

****Por favor enliste todas las alergias o condiciones medicas del niño/a****

1. _____ 4. _____

2. _____ 5. _____

3. _____ 6. _____

Autorización Medica

Yo autorizo el tratamiento médico para mi hijo/a _____

En caso de emergencia. Yo comprendo que el/la administrador/a presente se pondrá en contacto conmigo o una de las personas en la lista de números de emergencia para su consentimiento verbal.

Firma del Padre/ Tutor

Fecha