Washington Colony Elementary School District

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

School Year: _____

Student Last Name: _____Name: _____

Date of Birth: _____ Address: _____

Telephone Number: _____ Cell Phone: _____

Parent/Guardian E-mail: _____

IN CASE OF EMERGENCY TO THIS CHILD CONTACT:

Mother Name: _____ Phone: _____

Employment: _____ Phone: _____
(Name & Address)

Father Name: _____ Phone: _____

Employment: _____Phone: _____
(Name & Address)

Relative: _____Phone: _____ Relative: _____Phone: _____

Relative: _____Phone: _____ Relative: _____ Phone: _____

Physician Information

Child's Doctor: _____Phone: _____
(Name & Address)

Alternate Doctor: _____Phone: _____
(Name & Address)

If an emergency should arise which requires immediate attention and we as parents/guardians cannot be conducted, you are authorized to take whatever steps necessary to protect the health of this child.

This child has a health condition which may affect him/her in school. No_____ Yes: _____ (if yes, please explain.)
Explanation of health problem: _____

_____

California Education Code 49480 requires parents/legal guardians to inform the school nurse or designated certificated school employee of any child taking medication for a continuing time. With the consent of the parent/legal guardian, the school nurse may communicate with the doctor and may counsel school staff regarding the possible effects of the drug.

Is this Child taking medication regularly? No_____ Yes: _____ if yes, please complete the following:

NAME OF MEDICATION	DOSE	PHYSCIAN

CEC 49423. If prescribed medication is needed during the required school day, assistance may be given if the school receives: (1) a written statement from the physician detailing the method, amount and time schedule, and (2) a written statement from the parent/guardian, etc. The medication must be clearly labeled and sent to the school in a container from the pharmacy. (Form available at school.)

_____ _____

Date Parent/Guardian Signature

Washington Colony Elementary School District

INFORMATION DE EMERGENCIA

Año Escolar: _____

Apellido del Estudiante: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____

Número de Teléfono: _____ Celular: _____

E-mail del Padre o Guardian: _____

ENCASO DE UNA EMERGENCIA PARA ESTE NIÑO CONTACTAR:

Madre: _____ Teléfono: _____

Empleo: _____ Teléfono: _____
(Nombre & Dirección)

Padre: _____ Teléfono: _____

Empleo: _____Teléfono: _____
(Nombre & Dirección)

Familiar: _____Teléfono: _____ Familiar: _____Teléfono: _____

Familiar: _____Teléfono: _____ Familiar: _____ Teléfono: _____

Información Medica

Doctor Familiar: _____Teléfono: _____
(Nombre & Dirección)

Segundo Doctor: _____Teléfono: _____
(Nombre & Dirección)

En caso de que haya una emergencia que requiera atención inmediata, y nosotros como padre o tutores guardianes no podamos ser localizados, les autorizamos para tomar cualquier medida necesaria para proteger la salud de mi estudiante.

¿Tiene su niño(a) una condición de salud que le puede afectar en la escuela? No_____ Si: _____

Si la respuesta es sí, favor de explicarnos: _____

_____

La nueva legislatura, Código de Educación 49480 requiere que los padres o tutores legales informen a la enfermera escolar o al miembro designado del personal escolar certificado de cualquier niño(a) que este tomado medicamento por largo tiempo.

¿Esta su niño (a) tomando medicamento regularmente? No_____ Yes: _____ Si la respuesta es sí, favor de describir los medicamentos:

Nombre de Medicamento	Dosis	Doctor

CEC 49423. Si la medicación recetada se necesita durante el día escolar se puede dar asistencia si la escuela recibe: (1) una nota del doctor por escrito detallando el método, cantidad y el horario y (2) una nota escrita por el padre o guardián, etc. La medicación tiene que estar claramente marcada y ser mandada a la escuela en el envase proveído por la farmacia. (La forma esta disponible en la escuela.)

_____ _____

Fecha Firma del Padre o Guardian