Fecha _____Chambersburg Tarjeta de Emergencia para la Secundaria grados 6 7 8 9 10 11 12
Nombre del Niño(a)_____Fecha de Nacimiento_____
Apellido Nombre Segundo N. Señor___ Señorita___(verifique uno)
Dirección de la casa_____ Teléfono de la casa_____
Padre/Encargado/Otro_____# del Trabajo_____# Cel._____
Madre/Encargado/Otro _____# del Trabajo_____# Cel.____

PERSONA PARA CONTACTAR SI LOS PADRES NO ESTAN DISPONIBLES

Nombre_____#Tel._____#Cel._____
Nombre del Doctor_____Tel._____#Cel_____
Nombre del Dentista_____Tel._____
Este niño(a) tiene las siguientes condiciones medicas que usted debe saber(ej. Alergias, diabetes, epilepsia, soplo en el corazón, etc.):_____
_____

En caso de que el estudiante mencionado arriba se golpee o se enferme en la escuela y necesite cuidado de emergencia, yo le doy permiso a las autoridades de la escuela para que llamen al medico o arreglen la transportación para llevarlo a él / ella y nos haremos responsables de cualquier costo incurrido._____
Firma de los Padres/Encargado/Otro

Por favor notifique a la enfermera si hay cualquier cambie en la información. ES IMPERATIVO que nosotros tengamos la información actual. Esta es la seguridad de su hijo(a). 02/09, 02/10

Fecha _____Chambersburg Tarjeta de Emergencia para la Secundaria grados 6 7 8 9 10 11 12
Nombre del Niño(a)_____Fecha de Nacimiento_____
Apellido Nombre Segundo N. Señor___ Señorita___(verifique uno)
Dirección de la casa_____ Teléfono de la casa_____
Padre/Encargado/Otro_____# del Trabajo_____# Cel._____
Madre/Encargado/Otro _____# del Trabajo_____# Cel.____

PERSONA PARA CONTACTAR SI LOS PADRES NO ESTAN DISPONIBLES

Nombre_____#Tel._____#Cel.____
Nombre del Doctor_____ #Tel._____ #Cel____
Nombre del Dentista_____ #Tel._____
Este niño(a) tiene las siguientes condiciones médicas que usted debe saber(Ej. Alergias, diabetes, epilepsia, soplo en el corazón, etc.):_____
_____

En caso de que el estudiante mencionado arriba se golpee o se enferme en la escuela y necesite cuidado de emergencia, yo le doy permiso a las autoridades de la escuela para que llamen al medico o arreglen la transportación para llevarlo a él / ella y nos haremos responsables de cualquier costo incurrido._____
Firma de los Padres/Encargado/Otro

Por favor notifique a la enfermera si hay cualquier cambio en la información. ES IMPERATIVO que nosotros tengamos la información actual. Esta es la seguridad de su hijo(a. 02/09, 02/10