

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 cambio 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