

Por favor llena una Forma de Emergencia para cada estudiante.

Por Favor Escriba Claramente

Nombre del Estudiante _____ Grado _____

Fecha de Nacimiento _____ Varón Hembra

Teléfono de casa _____

Nombre de la Madre _____

Teléfono durante el día _____
(Hogar) (Cell) (Trabajo)

Nombre del Padre _____

Telefone durante el día _____
(Hogar) (Cell) (Trabajo)

El estudiante vive con: _____

* Custodia física: Madre Padre Juntos Otros (Nombre) _____

Si el estudiante se enferma y el padre o adulto con el que el vive no puede ser ubicado, por favor llame a las siguientes personas:

1. _____

2. _____
Nombre Teléfono

Por favor coloque el nombre de otro o otros niños que vivan en el mismo hogar y estudian en esta escuela:

Coloque cualquiera condición física de su hijo que pudiera resultar en una emergencia médica (*Asthma, Diabetes, reacciones alérgicas a picadas de abeja, etc.*)

En caso de un serio accidente o enfermedad y yo no pueda ser ubicado. Yo autorizo el doctor o tratamiento clínico necesario para atender al estudiante. Una ambulancia del Centro Medico del Condado de Hennepin puede ser llamada. El costo de la ambulancia será mi responsabilidad.

Dr. o (Hospital/Clínica) _____ Tel. _____

_____ Fecha _____

Firma (del padre o persona que esta llenándolo esta carta)