

LONGWOOD CSD – TARJETA DE EMERGENCIA

Año Escolar: _____ Grado: _____ Maestro: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Estudiante: _____ De Genero: M () F ()

Dirección: _____

Dirección (si diferente): _____

Teléfono de Casa: _____

Madre/Guardian: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Padre/Guardián: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Papeles de corte deben estar en un archive con la escuela de acuerdos de custodia, por favor, indique quien tiene custodia.

Nombres de dos (2) amigos locales / familiares que pueden ser llamados a asumir la responsabilidad y proporcionar el transporte para su hijo en caso de enfermedad o de emergencia cuando los padres no pueden ser alcanzado. En caso de cualquier cambio de números durante el año escolar por favor avisen la enfermera de la escuela.

Nombre: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Médico para ser llamado encase de emergencia: _____ Teléfono: _____

Lista de los médicos, (enfermedades, operaciones, heridas, anteojos, y alergias)

Ninguno ()

Medicamentos de administración diaria:

Razón para los medicamentos:

Lista de cualquier otra información importante que la enfermera de la escuela debe ser conscientes de: _____

Yo doy permiso para que el proveedor medico de mi hijo para divulgar información medica a la oficina de la Salud sobre la necesidad de conocer la única base (medicina, restricciones, condiciones médicas) y que esta información puede ser compartida con los funcionarios pertinentes que tienen personal en contacto con mi hijo, y los contactos de emergencia que figuran en esta tarjeta.

Firma de Padres/Guardián

Fecha