

Tarjeta de Emergencia de South Winneshiek

Nombre de estudiante: _____

Cumpleaños: _____ Nivel: _____ Hermanos: _____

Estudiante vive con: Escoge todo(s) que aplica(n)

____ Padre ____ Madre ____ Padrastro ____ Madrastra ____ Pariente

Nombre de primer contacto _____ Relación _____

Dirección _____

Números de teléfono

Casa: _____

Teléfono celular 1: _____

Teléfono celular 2: _____

Trabajo 1: _____ Patrón: _____

Trabajo 2: _____ Patrón: _____

Haz una lista de dos amigos cercanos o niñera que puede cuidar los niños si no podemos contactar usted.

Nombre de contacto _____ Nombre de contacto _____

Relación _____ Relación _____

Dirección _____ Dirección _____

Números de teléfono _____ Números de teléfono _____

Casa: _____

Casa: _____

Teléfono celular 1: _____

Teléfono celular 1: _____

Teléfono celular 2: _____

Teléfono celular 2: _____

Trabajo 1: _____

Trabajo 1: _____

Patrón: _____

Patrón: _____

Trabajo 2: _____

Trabajo 2: _____

Patrón: _____

Patrón: _____

Nombre de doctor _____

Dirección _____

Número/Calle Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono _____

Nombre de dentista _____

Dirección _____

Número/Calle Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono _____

Otros Comentarios: Medicaciones o otros problemas de salud como alergías, asma, enfermedades, cirugías...

En el caso de un enfermedad grave o un accidente yo doy permiso a la escuela para llamar los médicos de emergencia, el doctor, el hospital, la dentista y/o la ambulancia. Si es necesario la escuela puede hacer arreglos de nuestra cuenta de gastos.

Fecha _____ Firma del padre/madre _____