

MATERNITY B.V.M. SCHOOL EMERGENCY FORM ♦ 2018-19

PLEASE LIST ALL CHILDREN CURRENTLY ENROLLED IN OUR SCHOOL FROM OLDEST TO YOUNGEST:

<u>NAME (LAST, FIRST)</u>	<u>DATE OF BIRTH (MO/DA/YR)</u>	<u>GRADE</u>
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

MOTHER/STEPMOTHER/GUARDIAN

FATHER/STEPFATHER/GUARDIAN

NAME: _____
 ADDRESS: _____
 CITY, STATE, ZIP: _____
 HOME PHONE: _____
 CELL PHONE: _____
 WORK PHONE: _____
 E-MAIL ADDRESS: _____

NAME: _____
 ADDRESS: _____
 CITY, STATE, ZIP: _____
 HOME PHONE: _____
 CELL PHONE: _____
 WORK PHONE: _____
 E-MAIL ADDRESS: _____

STUDENT LIVES WITH (PLEASE CHECK

____ BOTH PARENTS ____ MOTHER ____ MOTHER AND STEPFATHER ____ FATHER ____ FATHER & STEPMOTHER ____ GUARDIAN ____ OTHER (PLEASE EXPLAIN) _____

EMERGENCY HEALTH AND ACCIDENT CONTACTS

IN CASE OF AN EMERGENCY, PLEASE PROVIDE TWO CONTACTS IF WE CANNOT REACH YOU:

NAME: _____
 RELATIONSHIP: _____
 HOME PHONE: _____
 CELL PHONE: _____
 WORK PHONE: _____
 NAME: _____
 RELATIONSHIP: _____
 HOME PHONE: _____
 CELL PHONE: _____
 WORK PHONE: _____

This release form is completed and signed of my own free will with the sole purpose of authorizing medical treatment under emergency circumstances in my absence.

FATHER/STEPFATHER'S SIGNATURE _____ Date _____

MOTHER/STEPMOTHER'S SIGNATURE _____ Date _____

MATERNITY B.V.M. SCHOOL EMERGENCY FORM ♦ 2018-19

NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO			GRADO
	(MES	DIA	AÑO)	
	/	/		
	/	/		
	/	/		
	/	/		
	/	/		

MADRE/MADRASTRA/GUARDIAN

PADRE/PADRASTRO/GUARDIAN

NOMBRE: _____

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

DOMICILIO: _____

CIUDAD, ESTADO, ZIP: _____

CIUDAD, ESTADO, ZIP: _____

TELÉFONO EN CASA: _____

TELÉFONO EN CASA: _____

CELULAR: _____

CELULAR: _____

DEL TRABAJO: _____

DEL TRABAJO: _____

E-MAIL: _____

E-MAIL: _____

¿CON QUIÉN VIVE EL ESTUDIANTE? (Favor de marcar una respuesta)

- Los dos padres
 Mamá
 Mamá y Padrastro
 Papá
 Papá y Madrastra
 Guardián
 Otro (Favor de explicar) _____

INFORMACIÓN PARA CASOS DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD EN LA ESCUELA

Por favor den dos personas a quien llamar en caso de no poderlos encontrar a Uds.

Nombre: _____

Parentesco: _____

Teléfono en Casa: _____

Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Nombre: _____

Parentesco: _____ Teléfono en Casa: _____

Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Con mi firma doy permiso para que le den atención médica a mi hijo/a en caso de emergencia en mi ausencia.

FIRMA PADRE/PADRASTRO/GUARDIÁN _____ FECHA _____

FIRMA MADRE/MADRASTRA/GUARDIÁN _____ FECHA _____