

FORMA ATLÉTICA DE EMERGENCIA

Nombre de estudiante _____ I.D. No. _____

Fecha de nacimiento _____ grado _____

Estudiante participa en (círculo): voleibol baloncesto lucha pista y campo

En caso de enfermedad, accidente o emergencia para el estudiante nombrado arriba, la escuela está autorizada a proceder como se indica a continuación. (Padres, por favor mantener esta información actualizada. El número uno del artículo 1, 2, 3, etc., en orden de acción deseada.)(Por favor imprima claramente)

() Número de teléfono para contacto madre (*imprimir nombre*) _____
en casa _____; en el trabajo _____ número de teléfono;
en la célula _____ número de teléfono.

() Número de teléfono contacto padre (*imprimir nombre*) _____
en casa _____; en el trabajo _____ número de teléfono;
en la célula _____ número de teléfono.

() Contacto otro (*imprimir nombre*) _____
a _____ número de teléfono.

() Médico del estudiante (*imprimir nombre*) _____ contacto en
_____ número de teléfono de oficina o antes de horas _____ número
de teléfono.

() Toma estudiante al hospital de emergencia más cercana. *Entiendo que las autoridades escolares y médicos el personal utilizará sus mejores juicios en la determinación de los procedimientos y atención de emergencias. Yo también entiendo que la escuela no asume ninguna obligación financiera para los gastos incurridos en la realización procedimientos de emergencia y transporte de emergencia.*

Compañía de seguros _____
Política número _____ grupo número _____
El seguro es a través de _____ (*nombre del empleador*)

Estudiante tiene los siguientes alergias o condiciones médicas o toma los siguientes medicamentos:

Firmado (*padre o tutor*): _____ Fecha: _____