

CONTACTO DE EMERGENCIA (Escribir en Letra Imprinta) Número de identificación de estudiante: _____ **AÑO ESCOLAR 2024 a 2025**

Estudiante: Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Padre/Tutor: Vive con _____ Relación: _____

Padre/Tutor: Vive con _____ Relación: _____

Idioma de comunicación preferido: _____ Correo electrónico: _____

Origen étnico: Hispano o Latino Sí No **Raza:** Indio Americano o Nativo de Alaska, Asiático, Blanco, Multirracial

Negro o Afroamericano , Nativo de Hawái/Islas del Pacífico , Hispano

Teléfono de la madre: _____ Cell: _____ Trabajo: _____

Teléfono del padre: _____ Cell: _____ Trabajo: _____

Teléfono del Guardián: _____ Cell: _____ Trabajo: _____

Dirección: _____ Apt: _____ Municipio _____ Código Postal: _____

Escriba a continuación los nombres de tres (3) personas (**NO los padres**) a las que se puede llamar en caso de emergencia o si el niño está enfermo en la escuela.

EL NIÑO SERÁ ENTREGADO SOLO A LAS PERSONAS NOMBRADAS EN ESTA TARJETA

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

*****SI HAY UNA PERSONA QUE NO PUEDE TENER ACCESO A SU HIJO, POR FAVOR INDÍQUELO*****

NOMBRE: _____ Relación: _____ ¿Existe una orden de protección? Sí ___ No ___

La escuela será notificada por escrito de cualquier cambio en la información de esta tarjeta _____ Firma del Padre/Tutor

Información de salud

Nombre del Médico/Clinica: _____ Teléfono: _____

Alerta de salud

¿Tiene su hijo algún problema de salud que pueda afectar la participación en actividades físicas?

Limitaciones: _____ (p. ej., subir escaleras, participar en el gimnasio)

Alergias: _____

Mi hijo tiene: Seguro de médico privado: _____; Medicaid Sin seguro médico
Nombre del proveedor

Si no se puede contactar a ninguno de los nombres que aparecen en esta tarjeta, ¿qué desea que haga la escuela si su hijo está enfermo o lesionado?

Se entiende que, en la disposición final de un caso de emergencia, prevalecerá el juicio de las autoridades de St. Francis de Sales School for the Deaf en Brooklyn. En la medida de lo posible, se respetará la recomendación del padre/tutor indicado anteriormente.

Hermanos:	Apellido:	Nombre:	Escuela de Asistencia:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Para uso escolar SOLO

Nombre del estudiante: _____ Número de identificación de estudiante: _____

Grado: _____ Numero de Habitación: _____ Maestro: _____