

GUNNISON ELEMENTARY SCHOOL FORMA DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Profesor/a: _____

Es esencial que la siguiente información está correcta. Hace los cambios necesarios, rellena la información perdido, firma abajo, y trae la forma a la oficina de la primaria por favor. Si no hay cambios o adiciones a la información **FIRMA** y **TRAERLA** a la oficina por favor.

Nombre: _____ **Sexo:** ___M ___F

Grado: _____ **Fecha de nacimiento :** _____ **Raza:** _____

Llave de raza (pone el número que describe su hijo en el espacio arriba): 01 = indio americano/Nativo de Alaska
02 =Asiático/ de los islas pacíficas, 03 = Negró 04 = Hispano/latino, 05 = Blanco

Dirección Física : _____ **Numero de teléfono que recibe mensajes de texto** _____

Dirección de correo : _____

Nombre de padre: _____ **número de teléfono de casa:** _____

Empleador de padre: _____ **número de empleador** _____

Correo electrónico de padre: _____ **número de celular :** _____

Nombre de madre : _____ **número de teléfono de casa:** _____

Empleador de madre: _____ **número de empleador** _____

Correo electrónico de madre: _____ **número de celular:** _____

Estudiante vive con: ___Ambas padres ___Padre ___Madre ___Tutor ___Custodia Común

Si el estudiante vive con un padre, la ley de custodia compartida dice que es necesario que información académica y de la escuela está enviado a ambas padres. Proporciona la siguiente información de padre que tiene un dirección y número de teléfono diferente de la información arriba.

Nombre: _____ **Relación a estudiante:** _____

Dirección de correo: _____ **número de teléfono :** _____

Si el padre/tutor no está disponible, otro contactos de emergencia locales:

Nombre: _____ **Número:** _____

Nombre: _____ **Número:** _____

Nombre: _____ **Número:** _____

Lista de todas las personas abajo la edad de 21 que vive en su casa:

Nombre: _____ **edad:** ___ **Nombre:** _____ **edad:** ___

Nombre: _____ **edad:** ___ **Nombre:** _____ **edad:** ___

Nombre de doctor: _____ **número de teléfono :** _____

Nombre dentista: _____ **número de teléfono:** _____

¿Tu hijo tiene una historia de enfermedad crónica, preocupaciones del salute, alergias, o problemas de salute actual que la escuela necesita saber de? ___No ___Sí; Si sí, explica por favor: _____

¿Tu hijo usa medicaciones? ___No ___Sí; Tipo: _____

¿Tu hijo necesita la medicaciones durante el día de escuela? ___No ___Sí; Si sí, pregunta para una forma de "premio de medicaciones"por favor.

Número de Medicaid (si lo tiene): _____

Permiso de Cuidado de emergencia: - requisito por la **SEGURIDAD DEL ESTUDIANTE** de la política del distrito.

Yo, el abajo firmante doy permisión a los oficiales del distrito de Gunnison Watershed School REJ1 para contactar directamente las personas nombrado en este forma, y doy permisión al doctor/dentista para dar tratamiento que deciden necesario en cualquier emergencia, por el salute del estudiante. En el evento que el doctor, o las otras personas nombrado en este forma no están disponible, o no podemos contactar los padres, los oficiales de la escuela tienen la autoridad para hacer cualquier acción es necesario en una emergencia, en su juicio, para la salute de niño. Entiendo que la escuela no tiene la responsabilidad de financiero por la cuidado emergencia y/o la transportación de niño.

Yo doy permisión a GES para dar el nombre y foto de mi estudiante a los programas relacionado a la escuela y los medios de comunicación que están presentando actividades relacionado a la escuela.

Firma de padre o tutor

fecha