

Our Lady of Mt. Carmel School
Formulario de Contacto de Emergencia- 2023 - 2024

Nombre del estudiante _____ Grado _____ **M o F**
Apellido Primer Nombre

Nombre del estudiante _____ Grado _____ **M o F**

Nombre del estudiante _____ Grado _____ **M o F**

Nombre del estudiante _____ Grado _____ **M o F**

Dirección _____
Casa y Calle Ciudad Código Postal

Teléfono de casa _____

Correo electrónico _____

4. Nombre de Padre/Tutor _____

Relación al niño/a _____

Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____

5. Nombre de Padre/Tutor _____

Relación al niño/a _____

Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____

6. Otra persona/pariente que esté autorizada a recoger al niño de la escuela:

Nombre _____

Relación al niño/a _____

Teléfono celular _____

=====

Nombre del médico de su hijo/a (pediatra) _____

Teléfono _____

Alergias u otra condición médica _____

• Mi hijo/a se va a casa en: **Bus Carro Caminando(con padre) o solo/a**

• Doy permiso para que el consultorio del médico comparta información médica a la enfermera de la escuela **SÍ o NO**

Doy permiso para que a mi hijo/a (edades 10-18) se le haga el examen de escoliosis en la escuela **SÍ o NO**

He leído el manual del estudiante y estoy de acuerdo con el contenido: **SÍ o NO**

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____