

M Niño/a #1 \_\_\_\_\_  
 F Nombre Apellido Inicial del Segundo Nombre

M Niño/a #2 \_\_\_\_\_  
 F Nombre Apellido Inicial del Segundo Nombre

## CONTACTOS DE EMERGENCIA / PERSONAS QUIENES PUEDEN RECOGER SU HIJO(S)

En una emergencia, ustedes, los padres/tutores, van hacer los primeros con quienes nos comunicamos. Por favor apunto personas adicionales quienes podemos llamar **si no** podemos comunicarnos con ustedes primero. También indique si usted nos da su permiso de dejar esta persona recoger a su hijo(s).

Nombre	Relación al niño/a(s)	Numero de Teléfono	Domicilio	Le doy permiso a esta persona que recoga a hijo.
				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Esta persona NO tiene mi permiso de recoger a mi hijo(s):

Nombre Relación al Niño/a Numero de Teléfono Domicilio

---

## INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS

Nombre de Doctor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

*Yo doy permiso para que mis hijo/a(s) \_\_\_\_\_ reciban tratamiento medical de emergencia que puede incluir pero no ser limitado a los primeros auxilios por el personal, tratamiento hecho por los paramédicos, médicos o un hospital local. Entiendo que yo soy responsable por los costos adicionales.*

Padre/Guardián Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## ALERGIAS

Liste las alergias a comidas, medicinas, insectos, etc. que tiene hijo(s) \_\_\_\_\_

---

Información adicional que senties que nesecitamos saber: \_\_\_\_\_

---

*Entiendo que Highland Park Commuity esta intentando en todo momento precaución razonable y no los hago responsable por heridas accidentales que ocurren mientras que me niño asiste la escuela.*

Padre/Guardián Firma Fecha Padre/Guardián Firma Fecha