

M
F Hijo/a #1 _____
Nombre Apellido Inicial del Segundo Nombre

M
F Hijo/a #2 _____
Nombre Apellido Inicial del Segundo Nombre

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

En una emergencia, ustedes, los padres/tutores, son 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 de Adulto que no sea el padre	Relación al niño/a(s)	Numero de Teléfono	Domicilio Local	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"/>

La siguiente 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) .

Nombre de Hijo #1: _____ Alergias: _____

Información adicional que devemos saber: _____

Nombre de Hijo #2: _____ Alergias: _____

Información adicional que devemos saber: _____

Entiendo que Highland Park Community 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 _____