

DISTRITO ESCOLAR DE CARSON CITY  
Informacion de Emergencia, y Permiso para Paseos y otras Actividades  
(Una forma completa por estudiante)

Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Maestro/a(K-5) \_\_\_\_\_

Nombre de madre o encargada \_\_\_\_\_ # de trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Nombre de padre o encargado \_\_\_\_\_ # de trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Ultima escuela a la que asistio \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

Ha estado este estudiante en escuelas de Carson City anteriormente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA LOCAL:** Una persona autorizada para recoger al estudiante, y que obtenga informacion medica pertinente dado a una enfermedad, accidente o emergencia.

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Tel. de la casa \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Tel. de la casa \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Medico \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Mi niño tiene los siguientes problemas de salud, **limitaciones medicas relacionadas con actividades fisicas**,  
medicinas, alergias, consideraciones:

\_\_\_\_\_

Si el niño esta en tratamiento, especifique el nombre del medicamento, las instrucciones y el nombre del medico:

\_\_\_\_\_

*En todos los casos de emergencia, el Distrito Escolar tratara de notificar a los padres inmediatamente, Sin embargo a veces los padres no pueden ser localizados y el medico familiar no esta disponible; si esto llegara a ocurrir la administracion de la escuela necesita su permiso para proceder de la mejor manera por el bienestar de su hijo (por ejemplo, transportarlo a la sala de emergencias del hospital.)*

Permiso concedido \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Encargado

El Distrito Escolar requiere su consentimiento para que su niño asista a varios paseos y otras actividades durante el año escolar. Se le avisara anticipadamente de cualquier paseo o actividad planeada para la clase de su niño. Por favor firme abajo indicando su consentimiento.

Por este medio doy mi consentimiento para que \_\_\_\_\_ asista a los paseos o actividades durante el año escolar en curso.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Encargado

Firma del Padre o Encargado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Revisado 3/2010