

School Year: _____ Grade: _____



METRO CHARTER

CONTACTO DE EMERGENCIA

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad/Estado _____ Código Postal _____

PADRE/TUTOR #1

Nombre _____ Teléfono de Casa _____ De Trabajo _____ De Celular _____

Dirección _____ Ciudad/Estado _____ Código Postal _____

PADRE/TUTOR #2

Nombre _____ Teléfono de Casa _____ De Trabajo _____ De Celular _____

Dirección _____ Ciudad/Estado _____ Código Postal _____

Enumere tres personas que asumirán el cuidado temporal de su hijo/a si usted no puede ser localizado:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

CONTACTO FUERA DEL ESTADO

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

En caso de accidente o enfermedad grave, solicito a la escuela para ponerse en contacto conmigo. Si la escuela no puede ponerse en contacto conmigo, por la presente autorizo a la escuela para llamar al médico indicado y seguir sus instrucciones. Si no es posible contactar al médico, la escuela puede tomar las medidas que considere necesaria.

Firma de padre/tutor legal

Alergias _____ Restricciones _____

Nombre del Médico _____ Dirección _____ Teléfono _____