

Fuente Nueva Campamento de Verano

Formulario Informativo en caso de Emergencia



Nombre del Estudiante	Nombre	Apellido	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Mes	Dia	Año
Nombre de Padre				Tel. de Casa			
E-mail				Tel. Celular			
Domicilio				Tel. de trab.			
	Calle / P.O. Box	Ciudad	Código Postal				
Nombre de Madre				Tel. de Casa			
E-mail				Tel. Celular			
Domicilio				Tel. de trab.			
<input type="checkbox"/> Igual que la de arriba	Calle / P.O. Box	Ciudad	Código Postal				

Las siguientes personas están autorizadas para recoger al niño mencionado en este formulario. En caso de una emergencia, si no se puede contactar a ninguno de los padres/guardianes, estas personas serán contactadas en el orden indicado.

Nombre	Nr. Teléfono	Relación
Nombre	Nr. Teléfono	Relación
Nombre	Nr. Teléfono	Relación
Nombre	Nr. Teléfono	Relación

Alergias o limitaciones medicas:

Ninguna alergia conocida

Contacto de emergencia fuera del area Nr. Teléfono

Seguro Medico # de Grupo

Medico del Estudiante Nr. Telefono

En caso de accidente o emergencia, autorizo a Fuente Nueva a llamar al médico del estudiante y seguir las instrucciones del mismo. Si la escuela no puede contactar al médico, esta puede tomar las medidas que considere necesarias para la seguridad y la protección de mi hijo, a mi cargo/a gasto mio.

Firmado/a _____

Padre o Guardian

Fecha