



EMERGENCY FORM

Child's Name _____ Nombre del niño/a	Date of Birth ____/____/____ Fecha de nacimiento	Classroom _____ Salón de clase	District _____ Distrito Escolar
Address _____ Dirección	City _____ Ciudad	State _____ Estado	Zip Code _____ Código postal
Child's School Hours _____ Horario del niño/a	Child Lives With: _____ El niño/a vive con:		<input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father
	Mamá	Papá	Mamá & papá
	Guardián	Otro	

Child's Doctor Name _____ Child's Doctor Address _____ Doctor's Phone _____ Información del Pediatra	Child's Dentist Name _____ Child's Dentist Address _____ Dentist Phone _____ Información del Dentista
Allergy Information/Alergias _____	Medication Information/Medicamentos _____

Parent/Guardian Name (Mother): Nombre de la madre/guardián :	Parent/Guardian Name (Father): Nombre del padre/guardián
Address: Dirección:	Address: Dirección:
Home Phone: Teléfono de la casa:	Home Phone: Teléfono de la casa:
Employer/School Name: Nombre del empleador o de la escuela si estudia:	Employer/School Name: Nombre del empleador o de la escuela si estudia:
Employer/School Address: Dirección del trabajo o de la escuela si estudia:	Employer/School Address: Dirección del trabajo o de la escuela si estudia:
Employer Phone: Teléfono del trabajo	Employer Phone: Teléfono del trabajo
Employment/School Hours: Horario de trabajo o escuela si estudia:	Employment/School Hours: Horario de trabajo o escuela si estudia:
Cell Phone: Número del celular	Cell Phone: Número del celular
Email Address: Correo electrónico	Email Address: Correo electrónico

In Case of Emergency, the following people are authorized to remove my child from the school. (Please notify these contacts that their names are on this list and that they must show picture identification at pick-up.) CLC requires a minimum of 2 contacts in addition to enrolling parents.

En caso de emergencia, las siguientes personas están autorizadas para retirar mi niño/a de la escuela cuando yo no pueda. Por favor informar a estas personas que han sido agregados a esta lista y por favor asegúrese que traigan una identificación con foto cuando recojan a su hijo/a. Necesitamos por lo menos el nombre de dos (2) personas adicionales aparte del padre que inscribe.

<u>Nombre</u>	<u>Parentesco con su niño/a</u>	<u>Teléfono durante el día</u>
1. Name: _____	Relationship to Child: _____	Daytime Phone: _____
2. Name: _____	Relationship to Child: _____	Daytime Phone: _____
3. Name: _____	Relationship to Child: _____	Daytime Phone: _____
4. Name: _____	Relationship to Child: _____	Daytime Phone: _____
5. Name: _____	Relationship to Child: _____	Daytime Phone: _____

The Following People Have Restricted Contact and MAY NOT pick up my child or visit my child.

Las siguientes personas tienen una orden de restricción y por lo tanto NO PUEDEN retirar a mi hijo/a de la escuela.

There is a court order outlining this request: Tienen una orden expedida por la corte: Yes/Si No/No

1. Name/Nombre: _____	Relationship to Child/Parentesco con su niño/a: _____
2. Name/Nombre: _____	Relationship to Child/Parentesco con su niño/a: _____

Enrolling Parent Signature: _____ Firma del Padre que Inscribe	Date: ____/____/____ Fecha	Enrollment Date: ____/____/____ Fecha de Inicio en el Programa
---	-------------------------------	---



EMERGENCY MEDICAL PERMISSION

I give my permission to the CLC to take whatever emergency measures (e.g., first aid, disaster evacuation) as judged necessary for the care and protection of my child while under its supervision.

In case of medical emergency, I understand that my child will be transported to an appropriate medical facility by the local emergency unit for treatment if the local emergency resource, such as police or rescue squad, deems such action necessary. My child will be transported at my expense, and I understand that emergency medical and/or dental care bills must be submitted first to my child's medical insurance for payment.

I understand that in some medical situations the staff of the CLC will need to contact the local emergency resource before the parent, the child's physician, and/or another adult acting on the parent's behalf.

I fully understand that it is my responsibility to keep the information on this form current and correct. If I fail to do so, this may result in a suspension of care or some other remedy.

Doy permiso a CLC para que en caso de emergencia tome cualquier medida necesaria (por ej. administrar los primeros auxilios, evacuación en caso de desastre) como juzgue necesario para el cuidado y protección de mi hijo/a mientras esta bajo su supervisión.

En caso de emergencia médica, mi hijo/a será transportado a un centro médico apropiado, por una unidad de emergencia médica local para tratamiento, si el recurso de emergencia como la policía o el escuadrón de rescate, lo considera necesario. Mi hijo/a será transportado/a a mis expensas, y entiendo que las facturas por concepto de emergencia médica y/o cuidado dental deberán ser sometidas primero al seguro médico de mi hijo/a para su pago.

Entiendo que en algunas situaciones médicas el personal de CLC necesitará contactar el recurso médico local antes que a los padres, al médico del niño/a y/u otro adulto que actúe en nombre de los padres.

Yo entiendo perfectamente que es mi responsabilidad mantener la información de este formulario actualizada y correcta. En caso contrario, mi hijo/a puede ser suspendido del programa.

Signature of Enrolling Parent or Guardian: _____

Firma del Padre que Inscribe

Relationship to Child: _____

Parentesco con el/la niño/a

Name of Child: _____

Nombre del niño/a

Date: ____/____/____

Fecha

This permission grant expires one (1) year from the date of signature.

Este permiso expira un (1) año después de ser firmado

Revised 2016