



Forma de Consentimiento de Padres y Emergencia de Salud

Por favor, imprima la información solicitada en la tinta de azul o negro y regrese a la maestra de su hijo/a por **(DATE)**

Nombre de estudiante: _____

Nombre de padre/madre/tutor legal: _____

Dirección: _____, SC _____

_____ **Calle** **Ciudad** **código postal**

Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono móvil: (____) _____

Escuela: _____ Maestra: _____

¿Hay problemas de salud que necesitamos saber? Si hay, por favor dinos aquí y las precauciones que deben pasar:

Compania de seguro de salud: _____ Número de póliza: _____

Seguro médico popular identificación (opcional): _____

Si hay instrucciones específico que te gustaría que seguimos en el caso de enfermedad o accidente, por favor, ponga aquí (puedes usar el reverso si necesario):

En el caso de emergencia, llame:

1. Nombre: _____ Teléfono: (____) _____
Relación a estudiante: _____

2. Nombre: _____ Teléfono: (____) _____
Relación a estudiante: _____