

INFORMACIÓN 2010-2011 DEL CUIDADO DE EMERGENCIA

EN CASO DE UN EMERGENCY, Y DE ÉL LLEGA A SER NECESARIO LLAMAR AL MÉDICO O AL OTRO PROVEEDOR DE ASISTENCIA SANITARIA, NUESTRA FAMILIA

Nombre del médico: Teléfono del _____ : _____

Nombre del dentista: Teléfono del _____ : _____

Si no podemos entrar en contacto con al padre y/o la condición del niño requiere cuidado inmediato, el permiso se da por este medio para arreglar para la emergencia tratamiento médico en armonía con el estado de Virginia Occidental y políticas y regulaciones de la Dirección de Educación del condado de Harrison.

Firma de la fecha del padre/del guarda

Para asegurar el cuidado mejor para su niño, enumerar por favor cualquier dolencia que su niño tenga o las comodidades que pueden ser necesarias

y cualesquiera medicaciones tomadas en el país o en el school _____

Para salvaguardar a su niño, necesitamos su ayuda en el abastecimiento de nombres de éstos a quién el centro puede lanzar a su niño. Si separan o se divorcian a los padres, incluir por favor una copia de la custodia que concede total del orden judicial del niño. No llamar por favor la oficina para cambiar esta forma. Usted debe parar en

la oficina administrativa (oficina de escuela) y presenta un nuevo impreso para cambiar la información below. La identificación de foto puede ser requerida.

1. _____ del teléfono celular de Phone _____ del trabajo de
Name _____ Relationship _____ Home Phone _____

2. _____ del teléfono celular de Name _____ Relationship _____ Home
Phone _____ Work Phone _____

3. _____ del teléfono celular de Name _____ Relationship _____ Home
Phone _____ Work Phone _____

Direcciones a su hogar (dirección, descripción, etc.). Éste es asistarnos en las visitas caseras de la previsión.

