

**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE CLEAR CREEK  
INFORMACION DE EMERGENCIA PARA LAS ACTIVIDADES ESCOLARES**

Nombre de Escuela y del Estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre de Pila)

Dirección del Estudiante: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Código Postal)

Dirección de Envió: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Código Postal)

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Número de teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Otro número telefónico: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Número de teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Otro número telefónico: \_\_\_\_\_

*En caso de enfermedades menores o una lesión, si el padre no puede ser localizado, notifique a **(Debe ser mayor de 21 años)***

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Otro número telefónico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Otro número telefónico: \_\_\_\_\_

*Condiciones médicas o alergias pre-existentes: \_\_\_\_\_*

*Medicamentos recetados o de emergencia solicitados para ser detenidos y / o administrados durante el viaje:*

***Para viajes nocturnos, de acuerdo con el REGLAMENTO FMG, el padre o guardián debe dar una lista de prescripciones en un documento separado, proveer las dosis necesarias para la duración del viaje en un sobre sellado, escribir el tiempo y la frecuencia para administrar la medicación por fuera del sobre y adjuntar junto con esta forma.***

*En caso de una emergencia, favor del llevar a mi hijo(a) a la facilidad medica más cercana para atención de emergencia.*

Firma del Padre o Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Una fotocopia del seguro médico es preferida. Comentarios adicionales del padre por detrás por favor.

**\*\*El Certificado de Medico y Padre de UIL Niños y Niñas podría ser usado para Atletismo y Equipo de Baile/Drill.**